Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

Том II 2-гі год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 7—9

КРАСАВІК—ЧЭРВЕНЬ

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. Р. Р.
МЕНСК—1926

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

Том II

2-гі год выданьня



БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

•

№ 7—9

КРАСАВІК—ЧЭРВЕНЬ

апр. - июнь

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. Р. Р.
МЕНСК—1926



Минск, 1-я Гостипография. Заказ № 3416—500 экз. Главлитбел № 19409.

Здравоохранение в Белоруссии в национальном разрезе*).

М. И. Барсуков.

Товарищи, я не буду задерживать вашего внимания на всей работе Народного Комиссариата Здравоохранения Белоруссии, но остановлюсь на основных, главнейших моментах его деятельности.

Начну с национального состава населения Белоруссии. По данным 1924 года преобладающее количество занимают белоруссы—2.959.199, затем идут русские с украинцами—643.275, евреи—447.667, поляки—87.915 и прочие—33.830. Всего—4.171.886. В группу прочих входят: латыши, литовцы, даже татары и т. д. В городах на первом месте стоят евреи, в сельских местностях—белоруссы. Плотность населения Белоруссии значительная. На 1 кв. версту приходится 38,29 жителей. Белоруссия занимает по плотности третье место в СССР. По плотности впереди всех идет Украина—64,38 и затем Московская губ.—51.76.

Перенаселенность в Белоруссии особенно резко чувствуется в силу крайней разрушенности городов и незначительности площади обрабатываемой земли, в силу ее чрезвычайной заболоченности и скудости почвы.

Что касается движения населения, то здесь мы увидим довольно отрадную картину. На 1000 человек населения в 1924 г. рождаемость составляла 43,8, смертность—16,0, прирост—27,8. По национальному составу больший процент рождаемости и прироста падает на белоруссов. Смертность значительнее в городах, чем в сельских местностях.

Перехожу теперь к оценке санитарного состояния Белоруссии. Это состояние, в силу целого ряда социально-экономических и биологических условий, необходимо признать далеко неудовлетворительным. Если не принимать во внимание Средне-Азиатских Республик и крайнего Севера—несомненно, Белоруссия в санитарном отношении самая отсталая часть нашего Советского Союза. К этим неблагоприятным естественным причинам надо отнести: бедность почвы, которая, главным образом, является песчаной, огромную заболоченность и влажность климата. Все это создает для здоровья населения крайне невыгодные условия. Затем пограничность положения Белоруссии исторически делало ее местом борьбы между отдельными государственными об'единениями, что, конечно, содействовало социально-экономической неустойчивости населения и тяжело отражалось на быте и культуре белорусского крестьянства и местечкового еврейства. В частности необходимо отметить, что Белоруссия особенно сильно пострадала от германской войны и польской оккупации.

Коммунальное благоустройство городов и тем более сельских местностей находится в крайне тяжелом положении. Отсутствие в городах канализации, рационального водоснабжения, разрушенность жилых построек, примитивный тип постройки крестьянской избы, превращают наши населенные местности в очаги непрекращающихся

*) Доложено в Комиссии Президиума Совета Национальностей ЦИК'а СССР 3 апреля 1926 г.

эпидемий. В самой столице Белоруссии—городе Минске 70 проц. населения пользуется водой городской центральной станции, являющейся подозрительной с санитарной точки зрения; 30 проц. горожан употребляют колодезную воду, каковая на 16 проц. находится под постоянной угрозой загрязнения, и 14 проц. населения пьют воду явно негодную. Еще хуже обстоит дело в Минске с удалением нечистот. Очистка поглощающих колодцев не производилась с 1914 года. Выгребные ямы, в силу своего примитивного устройства являются постоянным источником заражения почвы. Недостаточность ассенизационного обоза не позволяет удовлетворительно справляться с очисткой выгребных ям, в результате чего, примерно, около 5.300 бочек человеческих испражнений ежемесячно остается в городе. Поэтому—расширение водопроводной сети, установка фильтра и устройства канализации, хотя бы в первую очередь в г. Минске, является первоочередной задачей текущего дня (Казанская „Водоснабжение и канализация гор. Минска").

Такие чрезвычайно антисанитарные условия жизни вызывают высокую ранимость населения заразными болезнями. В 1925 году на каждые 100 человек—4,4 переболело различными инфекциями. Если сравнить с другими Республиками Союза—Белоруссия несомненно стоит на первом месте по целому ряду инфекций. Корь, скарлатина, грипп, сыпной и брюшной тиф стоят выше, чем в других Республиках.

Вот характерная таблица инфекционных заболеваний по республикам СССР за половину 1925 г. на 100.000 населения.

№№ по порядку.	НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ.	РСФСР.	Белор.	Украина.	Закавказ.	Туркмен.	Узбекск.
		96746300	4204500	27663900	5421000	914600	4803600
1	Корь . . .	262.5	492,2	316,9	79,8	35,0	19,9
2	Скарлатина . .	91.6	151,1	68,4	5,2	1,3	1,2
3	Дифтерия . . .	22,0	50,9	27,9	11,0	3,5	3,0
4	Грипп . . .	1187,8	1157,8	728,9	594,8	119,5	195.2
5	Малярия . . .	1563,9	270,8	1305,5	2034,5	744,8	614,6
6	Сибирская язва . .	2,3	0,4	5,2	3,7	0,7	0,3
7	Сап . . .	0,1	—	0,2	0,2	—	—
8	Цынга . . .	30,6	13,9	14,6	7,5	—	—
9	Эпидемический энцефалит . . .	—	1,6	1,0	0,7	—	—
10	Укушение бешен. животными .	—	37,6	—	23,2	—	—
11	Сыпной тиф . .	43,1	88,9	23,1	5,6	4,6	1,0
12	Возвратный тиф. .	7,7	3,0	2,4	9,0	3,5	1,3
13	Брюшной тиф . .	3,91	54,4	48,7	16,95	—	—
14	Дизентерия . .	40,3	20,4	20,4	80,5	—	—
15	Оспа . . .	11,2	3,1	1,1	2,4	4,3	3,8

Если посмотреть на движение этих заболеваний, то, к сожалению, надо констатировать, что стремление к росту еще не прекратилось. Стабилизация еще не наступила. Напротив, каждый год дает кривую неуклонного под'ема роста перечисленных выше инфекций. Между тем наличие заразных и специальных коек крайне недостаточно. На всю Белоруссию всего лишь имеется 378 заразных коек.

Из, так называемых, социальных болезней, туберкулез в Белоруссии, как нигде, пустил глубокие корни, не только в городе, но значительно захватил и деревню. Из 1000 всех причин смерти в 1924 г. на туберкулез падает 152 случая. Ежегодно по всей Республике умирает от туберкулеза 12.000 человек. Туберкулезных коек имеется лишь 240. Требуется не менее 1700. Причина такого огромного распространения туберкулеза, особенно в деревне, несомненно, в значительной степени, об'ясняется недоеданием крестьянства и дефицитностью их хозяйства. 40 проц. крестьянства недоедает до нормы 6 месяцев в году, и полгода эта недостаточная норма понижается еще больше. По национальному составу наиболее захваченными туберкулезом являются две национальные группы: белоруссы и евреи. Борьба с туберкулезом, главным образом, ведется диспансерами, организованными в окружных городах. При них имеются ночные стационары (Минск, Витебск, Бобруйск). В Минске организована при ночном стационаре диэтическая столовая. Кроме того имеются две санатории: легочная, близ Минска—„Красный Октябрь“ на 80 коек, и костно-туберкулезная „Черницы“, близ Витебска, на 65 коек.

По кожно-венерическим болезням Белоруссия располагает всего лишь 134 койками. В окружных городах имеются диспансеры. Распространение сифилиса 1924 году характеризовалось следующими цифрами: по округам, на 1000 человек населения приходилось больных сифилисом—2, по городам—8. Бытовым сифилисом в некоторых округах захвачены поголовно целые деревни (Витебск, Орша). О национальном составе больных венерическими болезнями у меня лишь имеются сведения по г. Минску за 1924 год. Из 578 зарегистрированных на карточках человек, 54,2 проц. составляют белоруссы, евреи—24,8 проц., великоруссы—14,7 проц., поляки—1,7 и проч. национальностей—4,6 проц. По переписи 1923 года население г. Минска по национальному составу состояло из: 40,8 проц. белоруссов, 43,5 проц. евреев, 7,3 проц. великоруссов, 4,1 проц. поляков и 4,3 проц. прочих национальностей. Отсюда видно, что заболеваемость между отдельными видами национальностей распределяется неравномерно. Причем относительно больше всего болело великоруссов, затем следуют белоруссы, евреи и поляки (Розенталь „Материалы к вопросу о борьбе с венерическими болезнями в Минске).

Трахома значительно распространена по республике. Число зарегистрированных больных в 1925 году на 1000 жителей приходилось: по городам—19,3, по округам—8,2. Здесь как будто на первом месте идет город. Но эти данные надо принять с некоторой оговоркой. Возможно, что кажущееся увеличение заболеваемости городского населения трахомой зависит от лучшей регистрации и диагностики, чем в деревне. Практика говорит иное. Несомненно, крестьянство в значительной степени захвачено этой болезнью. Глазных коек имеется всего лишь 105. В некоторых городах организованы трахоматозные общежития—изоляторы. Глазного инструментария в сельских участках недостаточно.

Малярия, по-белорусски,—„трясца“ „хиндя“, или „хондя“, главным образом концентрируется в Мозырщине. За 1925 год здесь 308 маля-

рийных больных приходилось на 10.000 населения. Всего по Республике, в среднем, на 10.000 населения приходится 34 малярика. Борьба ведется через Малярийную Станцию в Мозыре.

Что же сделал Наркомздрав в области санитарного оздоровления? Главнейшими моментами его работы после районирования Республики в конце 1924-25 года необходимо отметить следующее: 1) Впервые в Белоруссии практически осуществилось создание Института санитарных врачей; 2) крестьянская и рабочая общественность в лице санитарных комиссий и советов была втянута в санитарную работу; 3) был создан в Минске Центральный Санитарно-Бактериологический Институт с научными и производственными функциями; 4) санитарное просвещение через избы-читальни значительно охватило деревню и приблизилось к населению путем перехода на национальные языки; 5) в феврале 1926 года состоялся первый Санитарный С'езд, на котором была уточнена и резко очерчена работа санитарных органов, при чем диспансерные учреждения и госпитализация заразных больных были выделены и сосредоточены в лечебно-профилактической организации. Из статистической части был организован самостоятельный отдел, и работа была тесно увязана с Центральным Статистическим Управлением.

Общий вывод—санитарная организация находится еще только в начальной стадии своего развития. Требуется большая упорная работа, чтобы залечить те раны, которые унаследовала Белоруссия от тяжелого прошлого.

Прежде, чем перейти к оценке сельской медицины—я остановлю Ваше внимание на психо-нервной помощи. К 1-му февраля 1926 года Республика располагала по этому виду помощи 670 койками. Рост коек и распределение по городам выражается в следующих цифрах:

Минск . . .	230 коек (24 г.)	и 225 коек (25 г.).
Витебск . .	160 „ „	и 200 „ „
Могилев . .	160 „ „	и 225 „ „
Новинки . .	30 „	(1925 г.).

Из общего числа больных в психиатрических больницах, свыше 30 проц. падает на евреев.

Говорить о том, что Белоруссия хотя бы приблизилась к норме госпитализации психических больных—совершенно не приходится. По норме на 10.000 жителей должно быть 0,6 коек. Мы же имеем только лишь 0,14 коек.

Между тем, по грубому подсчету, психических больных насчитывается, примерно, около 12.000 человек.

Нервных больных обслуживает Нервная Клиника на 60 коек в Минске. Так называемые пограничные больные, стоящие на грани, а их в Белоруссии огромное количество, совершенно остаются вне больничной помощи.

Развитие нашей медико-санитарной сети обязано исключительно революции. Вообще здравоохранение в Белоруссии во времена царизма представляло из себя крайне ничтожную организацию, и наследство, полученное нами, никакой ценности не представляло. Взять хотя бы даже город Минск по материалам Городской Управы за 1912 и 1914 г. Врачебная помощь городскому населению ограничивалась: а) городской бесплатной амбулаторией; б) городским родильным приютом на 28 коек; в) больницей для проституток на 25 коек; г) каретой скорой помощи Красного Креста, д) больницей Красного Креста на 23 койки и е) ночным дежурством врачей при благотворительном еврейском обществе „Линас-Гацедек". На территории города Минска нахо-

дилась, правда, еще губернская земская больница на 390 кроватей, еврейская больница на 85 кроватей, фабричный приемный покой на 3 койки, но обслуживали они, преимущественно, только иногородних. Земство в Белоруссии, собственно говоря, возникло лишь незадолго до войны и поэтому никакого влияния на медицинскую сеть оказать не могло.

В 1924 году белорусская деревня имела: 170 врачебных участков. из них 78 больничных с 1368 койками и 124 фельдшерских пункта. Таким образом средняя площадь участка была равна 570 кв. вер. на 1 участок приходилось 22.415 человек и на одну общую койку 2.800 чел., 1 заразную койку—15.000. Радиус участка примерно был равен от 14 до 20 верст. Эти средние цифры в действительности имели большие колебания и дают лишь в слабой степени представление о недостаточности лечебной сети в деревне. К этому же надо добавить разрушенность и случайность больничных построек, порой совершенно непригодных для медицинской работы; слабость оборудования больничной аппаратуры, недостаток питания больных, отсутствие медикаментов—все это, конечно, усиливало тяжесть положения и отпугивало крестьян от врачебной помощи.

За 1925 г. органами здравоохранения была проделана большая работа по укреплению сельской медицины. В значительной степени помог 7-й Всебелорусский С'езд Советов, на котором был заслушан доклад Наркомздрава, посвященный исключительно вопросам оздоровления деревни. Количество средств, отпущенных Правительством в 1925 году на лечебно-санитарные учреждения, обслуживающие деревню, увеличилось, по сравнению с прошлым годом, на 96% и составляет 45,5% всего государственного и местного бюджета здравоохранения. Медицинская помощь несколько приблизилась к крестьянству. Число врачебных амбулаторий за год увеличилось с 166 до 191, а больниц с 78 до 93. Количество коек возросло с 1379 до 1538. Качество медицинской помощи улучшилось. Больницы стали больше получать на питание и медикаменты. Значительная часть больниц и амбулаторий отремонтирована. Доказательством улучшения является рост обращаемости болеющего крестьянства и сокращение процента прогула коек. За одну половину 1925 года в сельских медицинских учреждениях было посещений на 7% больше, чем за весь 1924 год. В то время, как в 1924 году было использовано всего лишь 39% коек, в 1925 году процент этот поднялся до 84, а число коечных больных за половину 1925 года равно числу больных за весь 1924 год. Впервые в Белоруссии широко развернулась ясельная кампания, и началось строительство детских консультаций в районах. Родильная помощь в деревне получила оформление в виде организаций родильных коек при районных больницах. Количество акушерских пунктов увеличилось. Крестьянская общественность приняла активное участие в строительстве здравоохранения в деревне через санитарные комиссии районных и сельских советов. Впервые крестьянство получило курортную помощь.

В настоящее время Наркомздравом внесен через Госплан в Совнарком проект постановления о нормальном построении лечебно-санитарной сети в сельских местностях. Основными моментами этого проекта являются: 1) радиус участка не должен превышать 10 километров, а число обслуживаемого населения не должно превышать 12.000 и 2) каждый участок должен быть снабжен транспортными средствами.

В области охраны здоровья детей и рабочих подростков Наркомздравом была проделана большая обследовательская работа. Здесь

интересную картину дает обследование наших школ, расположенных в окружных городах. Было осмотрено 93 школы в период 1924-25 г. Выводы получились далеко неутешительные. 44% школ требуют капитального ремонта, 53% работают в две смены. Вентиляция вообще отсутствует. 15% школ даже не имеют форточек. В некоторых анкетах прямо говорят, что лампы тухнут от недостатка кислорода в помещениях. Уборные, как правило, в 71% находятся во дворе, причем одно очко приходится на 50—100 детей (50 школ). Нечего, конечно, говорить о плевательницах, рукомойниках, полотенце и мыле—их почти нет. Большинство детей пьет некипяченую воду. В результате поголовное заражение глистами и огромная желудочно-кишечная заболеваемость. Несомненно, рост скарлатины и кори тесно связан с антисанитарными условиями, в которых живут и работают наши школьники.

Медицинское обслуживание детей недостаточно. На одного врача приходится 12 детских учреждений и 2.000 детей. Норма же РСФСР, согласованная с ВЦСПС—1 врач на 600 школьников. Дети сильно болеют туберкулезом и грибковыми заболеваниями волосистой части головы. За 1924 год насчитывается таких пораженных грибками детей около 40.000, преимущественно евреев. Из 2.065 зарегистрированных детей больных костным туберкулезом госпитализировано лишь 3%. Наркомздрав располагает для борьбы с фавусом (паршой) рентгеном и кварцовыми лампами во всех окружных городах. Для больных легочным и костным туберкулезом имеются две санатории, нуждающиеся в значительном расширении. Из них, легочная, кроме того, требует капитального ремонта. Школьно-санитарные врачи сконцентрированы вокруг детских диспансеров. К сожалению, сеть этих диспансеров крайне ничтожна и оборудование бедное. Но самое главное—нет кадра школьно-санитарных врачей. Необходимо, чтобы с будущего бюджетного года эти диспансеры были во всех городах. При диспансерах организуются антропометрические кабинеты.

Состояние здоровья рабочих подростков внушает большие опасения. Материалы обследования 1924 года вскрывают тяжелое положение труда и быта рабочей молодежи.

Всего было обследовано 4000 подростков. Преобладают в рабочей молодежи евреи. Женская молодежь, в ее большинстве, состоит, главным образом, из полек. В Белоруссии подростки составляют 4,4% общего числа рабочих. В СССР—5,5%. Жилищные условия скверные. Теснота—59%, сырость—52%, холод 55%, недостаток света—32%, подвальные помещения—12%.

20% подростков недоедают; 25% работают больше 46 часов в неделю. Возраст поступления на работу 12-16 лет; на два года раньше, чем в Москве. Производственный стаж менее 2-х лет составляет 66%.

По состоянию здоровья—30% нуждается в лечении, остальные должны быть пропущены через дома отдыха. Заболеваемость, главным образом, падает на органы дыхания (туберкулез) и кожу. Интересные данные дают антропометрические измерения: дети белоруссы выше и тяжелее евреев.

По охране материнства и младенчества достигнуты большие результаты. Лучше всего характеризует эти достижения резолюция по моему докладу, принятая на 1-м Всебелорусском Совещании по Охране Материнства в феврале текущего года, в которой особенно отмечено, что удельный вес сметы по этим мероприятиям в 1925-26 году составлял 14% ко всему государственному и местному бюджету Наркомздрава. В нынешнем году будет свыше 100 яслей в сельских местностях.

Широко развилась сеть консультаций, из них особенно обращают на себя внимание консультации для беременных. Как общее правило, мы постепенно переходим к открытому типу учреждений, используя для этого систему патроната. В яслях и консультациях особенно четко проводится национальная линия по обслуживанию детей на их материнском языке.

Бюджет Наркомздрава в 1925-26 году, как местный, так и государственный, составлял первоначально 4.785.445 рублей. В прошлом году 2.749.666 рублей. На одного человека государство в прошлом году тратило 67 коп., в 1925-26 году 1 р. 14 к.

Но эта первоначальная сумма бюджета, утвержденного нашим Правительством, подверглась двухкратному сокращению по директиве Союзного Совнаркома. Первое сокращение произведено по государственному бюджету в размере 143.000 рублей, а по местному в размере 1 проц. отпущенной суммы, т. е. на 30.000 рублей. При втором сокращении смета еще урезывается на 40.000 рублей. Эта обрезка, главным образом, коснулась диспансеров в части их хозяйственного обслуживания. Несомненно, что это сильно отразится на правильности их функционирования и лишит возможности их качественнного укрепления.

Медперсонала у нас нехватает. На 1-ое октября 1925 года мы имели 130 вакантных должностей для врачей, как в городе, так и в деревне. Об'ясняется это тяжелыми бытовыми условиями и невысокой заработной платой. Также плохо обстоит дело с пополнением акушерского кадра. Наркомздрав внес в Совет Народных Комиссаров проект положения об улучшении бытовых условий медперсонала в деревне, где, главным образом, обращается внимание Правительства на снабжение врачей бесплатными квартирами, транспортными средствами и предоставлением возможности периодических командировок для усовершенствования. В этом году мы открыли первые 3-х месячные курсы в Минске для усовершенствования врачей, и уже часть врачей у нас учится в Ленинграде и Москве. Заработная плата сельского врача 65 рублей. Это, конечно, недостаточно. Правильное насыщение деревни врачами начнется лишь с 1927 года, когда мы получим свой выпуск врачей из Белорусского Государственного Университета.

По подготовке среднего медперсонала имеется два акушерских техникума в Могилеве и Витебске. В этом году предполагается выпуск 100 человек. С осени будущего бюджетного года мы предполагаем организовать курсы для усовершенствования сестер и санитаров, а также и фармацевтический техникум.

Заканчиваю. В общем и целом здравоохранение в Белоруссии переживает начальный период своей организации. Вокруг него удалось заострить внимание всей пролетарской и крестьянской общественности. Деревня не забыта. На нее обращено почти столько же внимания, как и на город. Национальные группы равномерно обслуживаются. Медицинская мысль получила возможность широко выявить себя на целом ряде с'ездов и совещаний, как общегосударственных, так и на специальных медико-санитарных. Бытовое положение медперсонала медленно, но все же, укрепляется. Требуется лишь, чтобы Союзное Правительство учло бы все те особенности, в которых приходится жить Белоруссии, ее тяжелое прошлое, и более внимательно отнеслось бы к удовлетворению тех медико-санитарных потребностей, которые принесут Республике стойкое оздоровление труда и быта. Это в свою очередь явится предпосылкой к скорейшему восстановлению общей производительности народного хозяйства в БССР.

Постановление Комиссии Президиума Совета Национальностей Центрального Исполнительного Комитета Союза ССР по докладу Наркомздрава Белорусской Советской Социалистической Республики.

Заслушав доклад Наркомздрава БССР т. Барсукова, Комиссия констатирует, что Норкомздравом Белоруссии была проделана большая работа по оформлению органов здравоохранения, по определению твердой сети лечебно-профилактических учреждений, по их финансовому и качественному укреплению, а также по привлечению рабоче-крестьянской общественности к задачам медико-санитарного строительства.

Комиссия отмечает правильность линии Наркомздрава БССР, взятой в отношении обслуживания отдельных национальных групп, населяющих Белоруссию, которая выразилась в равномерном распределении лечебно-профилактических учреждений по удовлетворению в специальной медицинской помощи белорусского и еврейского населения.

Вместе с тем Комиссия считает необходимым отметить, что строительство здравоохранения в Белоруссии, особенно затрудняется в силу того, что здесь наиболее резко сказывается тяжелое наследство, полученное Республикой от царизма и войн—империалистической и гражданской.

Отсутствие крупной промышленности и преимущественно крестьянско-кустарный характер народного хозяйства, экономическая и культурная отсталость белорусского крестьянства и еврейского местечкового населения, наличие национальных боевых частей, вызывают особые подходы и своеобразные формы построения медико-санитарной организации.

Вследствие этих тяжелых бытовых и экономических условий, в Белоруссии отмечается массовое распространение социальных болезней в деревне и в местечках. В то самое время, когда белорусское крестьянство захвачено в огромном большинстве туберкулезом, трахомой, сифилисом и отчасти малярией, местечковое еврейство помимо туберкулеза, трахомы, парши (фавуса) имеет угрожающие тенденции к нервно-психическому вырождению.

Между тем, наличие существующей медико-санитарной сети, несмотря на ее достижения в городе, и особенно в деревне, крайне недостаточно как в количественном, так и в качественном отношениях.

Подобное положение вещей ставит под угрозу, в первую очередь восстановление крестьянского хозяйства, ибо оно особенно нуждается в оздоровлении труда и быта.

Для оздоровления Белоруссии и укрепления в ней медико-санитарной организации Комиссия выдвигает следующие неотложные мероприятия:

1. Необходимо увеличить количество соответствующих параграфов субвенции из общесоюзного фонда для укрепления бюджета Наркомздрава БССР. Размер субвенции определить на основе пятилетнего плана НКЗдрава с учетом главнейших бытовых и национальных условий, которые особенно нуждаются в медико-санитарном оздоровлении. В первую очередь, эта субвенция должна быть обращена на возведение новых больничных зданий.

Медико-санитарная сеть в деревне требует дальнейшего увеличения, как в количественном, так и в качественном отношениях, для

чего финансовая помощь из средств Союзного фонда, в первую очередь, нужна округам, пограничным с Польшей.

2. Необходимо углубить работу по медицинскому обслуживанию отдельных национальностей, для чего: а) организовывать ясли в деревнях и местечках с привлечением медицинского персонала, знающего родной язык населения и б) заострить внимание по распространению санитарного просвещения на национальных языках.

3. В области коммунального строительства: в постройке жилищ, бань, водоснабжении и канализации Белоруссия крайне нуждается в финансовой помощи общесоюзного правительства. Необходим широкий кредит на все эти мероприятия со стороны общесоюзного коммунального банка.

4. В борьбе с социальными болезнями: туберкулезом, сифилисом, паршой, трахомой и малярией, требуется количественное и качественное усиление сети диспансеров и соответствующих, подсобных им, лечебных учреждений.

В профилактике малярии, мелиоративные работы по осушке болот приобретают особо важное значение.

5. Принимая во внимание огромное распространение туберкулеза среди белорусского крестьянства и общую ослабленность здоровья еврейского населения, считать целесообразным содействие Союзного Правительства на развитие строительства местных санаторий и курортов.

6. Нервно-психиатрическую организацию необходимо укрепить путем увеличения количества и качества имеющихся лечебно-профилактических учреждений, для чего выделить соответствующие средства на постройку психиатрической больницы и нервно-психиатрического диспансера.

7. Большая ранимость населения Белоруссии целым рядом заразных болезней, в силу отсутствия канализации, нормального водоснабжения, разрушенной жилищной площади и других антисанитарных условий, при недостатке коечного фонда, требует предусмотреть в будущем бюджетном году увеличение количества заразных коек.

8. Необходимо усилить школьно-санитарный надзор, путем организации в будущем бюджетном году сети детских диспансеров, а также обратить большее внимание органов Наркомпроса БССР на рациональную, с санитарной точки зрения, постройку школьных зданий и качество оборудования последних.

9. Придавая огромное значение удешевлению медикаментозно-инструментального снабжения Белоруссии и созданию благоприятных условий для развития в республике собственной фармацевтической промышленности, считать целесообразным финансовое укрепление организованного в Минске первого белорусского фармацевтического завода.

10. При составлении будущего бюджета здравоохранения БССР, необходимо Союзному Правительству учесть все национально-бытовые особенности Белоруссии и особо внимательно подойти к удовлетворению медико-санитарных нужд республики.

Итоги годовой работы Сантроек на селе БССР.

В. Казанская.

Лозунг советской медицины: „Охрана здоровья трудящихся—дело рук самих трудящихся“—должен был в первую очередь найти свое претворение в тех общественно-медицинских организациях, которые в своей деятельности по существу работы сталкиваются в повседневной жизни с моментами близкими населению и затрагивающими его интересы. Такими организациями на местах могли и должны быть городские районные советы в городах и при РИК‘ах, Сантройки при советах, здрав‘ячейки на предприятиях и производствах. Вовлекаясь в указанные Сансоветы и Сантройки, население, с одной стороны —впитывает в себя знания санитарно-гигиенического характера, знакомится с организационно-хозяйственными формами построения работы здравоохранения и втягивается в участие его строительства; с другой стороны,—служа связующим звеном между органами здравоохранения и остальной массой городских и сельских жителей, они помогают медицинским работникам перевоспитать самую гущу трудящихся путем искоренения в ней негодных санитарных навыков и привить здоровый быт. К созданию на местах вышеуказанных медицинских ячеек, НКЗ Бел. приступил год тому назад параллельно с построением санитарной организации БССР, неразрывной частью которой они являются и вместе с которой лишь составляют одну общую часть санитарной организации.

Не касаясь в настоящем докладе ячеек городского порядка, мы должны проанализировать, что проделано нами в этой области на сельской территории нашей республики, под‘итожить имеющиеся достижения, выявить все недочеты и наметить правильную линию работы в дальнейшем.

Согласно административному делению нашей Республики мы должны иметь 100 Райсансоветов и 1196 санитарных Троек по всем округам Белоруссии. Отчетные материалы Окружных Отделов Здравоохранения по работе Районных Санитарных Советов и Санитарных Троек дают нам следующие цифры по округам.

ОКРУГА	Кол. организ. яч.		% организ. ячеек		Кол. неорганиз. ячеек		% неорганиз. ячеек		Кол. работосп. яч.		% работосп. ячеек	
	РСС	С/т	РСС	С/т	РСС	С/т	РСС	С/т	РСС	С/т	РСС	С/т
Бобруйск	12	147	100	100	—	—	—	—	6	62	50	42
Минск	6	49	55	43	4	63	40	57	6	3	100	2,5
Витебск	11	18	90	12	1	114	10	87	4	3	36	18
Орша	10	108	100	100	—	—	—	—	13	105	100	97
Мозырь	10	113	100	100	—	—	—	—	1	2	10	1,6
Полоцк	8	45	90	48	1	53	10	52	6	10	75	22
Слуцк	7	47	100	54	—	40	—	46	4	1	50	2
Могилев	11	121	100	78	—	40	—	22	4	6	36	15
Калининск	10	126	100	100	—	—	—	—	0	0	—	—
Борисов	80	88	90	83	1	18	10	17	7	17	70	20

Таким образом организационная работа по БССР округами проведена за исключением Минска (70 проц.) в 90-100 проц., по Сантройкам 100 проц. проведено Оршанским, Бобруйским, Мозырским и Калининским округами, от 70-80 проц.—Минским, Полоцким и Слуцким Окрздравами, от 40-50 проц.—Борисовским и Могилевским и лишь Витебский Окрздрав в 13 проц. организовал С-т на селе. Из организационных Райсан'ячеек 100 проц. работоспособность проявили Райсансоветы округов Минского и Оршанского, 70 проц.—Полоцкий и Борисовский, 50 проц.—Слуцкий и Бобруйский, 36 проц.—Могилевский, Витебский и Мозырский; в отношении С-т Орша дала 37 проц. деятельных троек, Бобруйск—40 проц., Борисов, Полоцк и Витебск—20 проц., Могилев—15 проц. и самые нежизнедеятельные Сантройки в округах Слуцком и Мозырском.

Обращаясь к организационным методам проведения общественных ячеек со стороны Окружных Отделов Здравоохранения, мы должны отметить правильную линию, взятую в этом отношении Оршанским и Борисовским Здравотделом. Последний, правда, не выдержал своей линии до конца. Конструирование Сансоветов и Сантроек в Оршанском Окрздраве шло в полном контакте с Окрисполкомом, не имея большого кадра санработников и других медицинских сил в аппарате Здравотдела, снабдив РИК'и и райбольницы подробными инструкциями о целях и задачах их организации, вложив в эту инструкцию основные моменты положения о РСС и С-т, утвержденные НКЗБ. Следующим организационным этапом деятельность Окр. Здравотделов в этом отношении была порайонная сеть конференций Сантроек, на каковые командировались представители Окрздравотделов. В те районы, где по каким бы то ни было причинам не состоялись конференции Сантроек, работники окружного аппарата здравоохранения выезжали на место инструктировать РИК в вопросах, касающихся и С-т. Учет, контроль, руководство и связь с местными общественными мед'ячейками Оршанским Окрздравотделом проявлено полностью. Но, как на минусе работы, нужно остановиться на следующих моментах—внимание Окрздравотделов было фиксировано на одной только стороне дела—санитарно-просветительной; за последнее полгода лекционной работой было охвачено десятки деревень, число лекций в местечках доходило до 141 лекций, санлитературой были снабжены все районы, ставились в большом количестве сансуды и санпьесы, вопросов же санитарного надзора местечка почти не коснулись, борьба за новый быт и искоренение нездоровых антисанитарных привычек конкретно в жизнь не проводилась. Подход к деревне и местечку Окрздравом был один и тот же, недооценивалась возможность шире использовать РСС в целях улучшения санитарного состояния местечка. В этом его ошибка.

Работа РСС Борисовского округа коснулась всех сторон охраны здоровья населения—проводился санитарный надзор пищевых коммунальных предприятий. Имеет место и борьба со знахарством, с эпидемиями, ставились вопросы на Сансоветах о медобслуживании населения и имеются определенные конкретные достижения в этих областях. Так, Холопеничский РСС добился исправления тротуаров в местечке, организовал специальные мясные ряды, которые раньше помещались в полуразрушенных амбарах; Бегомльский РСС обследовал все колодцы в местечке и привел их в исправный вид, а негодные закрыл, привил населению правила еженедельной очистки дворов. Лепельский РСС провел в жизнь ряд обязательных постановлений Окрисполкома (о санитарном содержании площадей, парикмахерских,

и других), под его влиянием были устроены баки с кипяченой водой в общественных местах, отвел место на реке для портомойни. Отрицательной стороной РСС было недостаточное уделение внимания работам С-т, почти вся работа РСС проходила исключительно в пределах самого местечка. Обратную картину мы видим со стороны Березинского и Борисовского РСС, которые не сделали почти ничего в самом местечке и направили все свои силы на руководство С-т. Выезжали на места, контролировали, руководили тройками. Березинский РСС обследовал порайонно почти все источники водоснабжения, лавки и предприятия, но конкретно ничего практического не выявил. Сантройки Борисовского РСС под руководством последнего боролись за искоренение старого быта, добились в нескольких деревнях осушки дорог прорытием боковых канав, закрыли несколько непригодных колодцев и ввели кое-где регулярное метение улиц в деревнях. Полностью охватил работу Плещеничский РСС; в самом местечке проводится саннадзор коммунальный и пищевой, изучается санитарное состояние местечка, устраиваются показательные суды над знахарями, установлены в местах общественных баки с кипяченой водой, и читаются санпросветлекции во всех деревнях путем прикрепления к ним определенных лекторов. Не имея административных прав для выработки обязательных постановлений, РСС через ГИК ввел правила для всего населения по вопросам охраны здоровья, куда входит: охрана источников водоснабжения (отвод водопоя и портомойни), санитарное содержание пекарен, булочных, мясных лавок, парикмахерских и мест общественного питания. Со стороны санитарной части Окрздрава имеется отставание от своевременного руководства—обязательное постановление Окрисполкома до местечка не доходит, в местечке сами приступают к изданию таковых, насколько они жизненны и с санитарной точки зрения допустимы, проверки со стороны окружного центра здравоохранения нет. Этот момент мы видим и в отношении С-т (Велятичская, Борисовского района), где к изданию обязательных постановлений приступает сама тройка. Все это говорит о том, что руководство из окружного центра слабо; протоколы мест, повидимому, не зачитываются, в целях исправления неправильно взятой линии. Такое положение в дальнейшем может вести к отрыву сан'ячеек от Окрздравов и дать нежелательный разнобой в обще-санитарной работе. Это необходимо учесть.

Мозырский Окружной Отдел Здравоохранения дает сведения о работе 44 Сантроек и 10 РСС, но материалы, препровожденные им, говорят о работе одного РСС (Калинковичский) и двух С-т (Михайловичской. Лельчицкого РИК'а и Буйновичского, Мозырского РИК'а). Списки же на все РСС и С/т присланы полностью. Подход к работе—казенный,—циркуляр НКЗБ выполнен полностью, ячейки созданы, но нет ни учета, ни руководства со стороны Окрздравотдела, и слабая заинтересованность в этой стороне дела.

Калинковичский Сансовет работает хорошо, с полным учетом всех учреждений, подлежащих саннадзору, последний проводится планово, имеет достижения—приведена в порядок очистка уборных местечка, в пищевых предприятиях налажена прозодежда. Саннадзор проникает в деревню, где имеются соответствующие пищевые предприятия. Санлекции читаются регулярно. Протоколы С-т зачитываются РСС. Работники РСС выезжают в С-Советы для инструктирования С-т.

Обе вышеуказанные С-т проявляют большую самодеятельность, особенно Буйновичская, которая ударной задачей ставит вопрос

дорожный и водоснабжение, ведет эту работу об'единенно с лесничеством, в целях изыскания материала и с дорожной Комиссией и буквально взывает за указанием и руководящей помощью.

С'ездами работников НКЗ установлено наличие работы Наровлянского РСС и Озаричского, но материалов Окрздравом от них не получено, что еще раз заставляет подчеркнуть бездействие в этом отношении Окрздравотдела и его санчасти.

Аналогичную картину видим мы и по Минскому Окрздравотделу, который в своем отношении определенно говорит, что к учету работы он приступил лишь после запроса отчета со стороны НКЗ. Большинство РСС (Пуховичский, Червенский и Шацкий) кроме организационного совещания и наметки плана разработки вопросов медико-санитарного характера ничего не выявил, как в самих местечковых центрах, так и равным образом не дали импульса для работы Сантройкам. Помощи им в этом отношении со стороны Окружного центра не видно. Смиловичский РСС принимал все меры к оживлению работы Сантроек, но, не умея сам найти путей в этом отношении, помощи от Окрздрава повидимому также не дождался. Д-р Хургин в своем отчете Окрздраву ясно подчеркнул необходимость содействия со стороны Окрздравов в проведении работы и невозможность единоличного санобслуживания. Выехать на место, поднять работу, дать указания—была прямая обязанность санчасти Окрздрава. Как на достижения Смиловичского РСС надо указать 100 проц. отремонтирование колодцев в м-ке и деревонасаждение и проводимую там же санпросветработу. Необходимо также еще остановиться на работе Заславльского РСС, как на моменте во что может вылиться работа РСС; если в ней не принимают участия медработники и санчасть округа. Заинтересованность в работе и желание дать свои силы в этом направлении ярко отмечается со стороны председателя РИК'а, но отсутствие консультантов заставляет его единолично составлять профилактический план работы Совета. План, правда, охватывает все стороны деятельности предупредительного характера, но изобилует целым рядом медицинских, очень грубых, ошибок (устройство диагностического кабинета при районной больнице по установке быстрого диагноза, иммунизация населения прививками), в плане не учитывается первостепенной важности и возможности практического его осуществления на ближайшее время. При наличии глубокой заинтересованности председателя Райсансовета в работе, санчасть Окрздравотдела имеет перед собой богатую почву осуществления многих вопросов санитарного характера и на территории данного РИК'а, но Окрздрав вместо указания и руководства указанному РСС механически пересылает протоколы в Наркомздрав. Пассивное отношение окружного центра к работе на местах, и отсутствие опыта местных работников в новосозданной организации приведет к тому, что работники мест будут толочься на месте около голых слов и придут либо к полному разочарованию в своей деятельности, либо внесут сумбур в санитарную работу на местах.

Бобруйский Окружной Отдел Здравоохранения использовал Райсансовет и С-т для обследования водоснабжения в округе по анкетам, выработанным Окрздравотделом и для собирания средств по тубтрехдневникам, определенных выполненных задач с конкретными достижениями, хотя бы небольшого масштаба, по округу не имеется, за исключением Поболовской С-т, Рогачевского района. Здесь проявлена С-т большая инициатива по борьбе с заразными болезнями. Так, при вспышке брюшного тифа тройка изыскала через военное ведомство известь и в пораженных эпидемией местностях производила дезинфекцию

отхожих мест, обследовала в тех же деревнях водоснабжение, приведя в исправность колодцы и, закрыв негодные, принимала участие в организации среди учеников школ тройки, в целях борьбы за чистоту. Работа же самих РСС Бобруйского округа была более слабая, наиболее продуктивно из них работали Глусский и Рогачевский РСС, проводившие саннадзор по местечкам и имевшие связь с С-т района (собирали конференции С-т, инструктировали их и заслушивали на заседаниях отчеты об их работе). Несмотря на то, что работники округа (санврачи) выезжали неоднократно в районы и оставались там продолжительное время, они тем не менее не увязали работу мест с санитарной организацией и не внесли должных коррективов. Поездки использовывались обычно санврачами в целях изучения санитарного состояния округа, но слабо приобщали к этому делу местные организации, и руководства на местах оставлено мало.

По Слуцкому округу работы С-т совсем не было, за исключением Тимковичского участкового С-Совета, которым подробно разработан план оздоровления местечка. План коснулся вопроса замощения более топких улиц, имеющих значение для жизни села, план общественной бани, колодцев и т. д. План был разработан до начала бюджетного года; при внимательном отношении округа к нуждам медицинским и работе общественной организации сельской ячейки можно бы найти осуществление, хотя бы некоторых намечений путем своевременного внесения в бюджет сметы РИК'а определенной суммы по плану Сантройки. Указанный участковый сансовет распространяет свое влияние на всю подлежащую территорию в смысле изучения эпидемических очагов, бытовых условий населения и широко читает санлекции.

Из Райсансоветов работают Старобинский, Копыльский, Гресский и Люблинский по текущему саннадзору и уделяют большое внимание борьбе с эпидемиями. Имеются результаты работы, так Гресский РСС во время эпидемии дизентерии изыскал средства для устройства изолятора, привлек все культурные силы для проведения санлекций по борьбе с эпидемиями. Старобинский РСС добился средств на покупку санлитературы для лекторов, но во всей выявленной работе ячейки ясно сквозит только собственная инициатива местных ячеек, указаний дается мало, несмотря на то, что протоколы поступают в Окрздрав, каковые плохо читаются или вернее совсем не читаются. О чем нам говорят некоторые факты. Примерно: врач Люблинского района доносит, что при эпидемии кори в деревнях им проводилась дезинфекция, дезинсекция и сожжение некоторых ненужных вещей. Вероятно в этой работе оказывалась ему помощь со стороны общественно-медицинских организаций на месте. И если районный санитарный совет будет работать в дальнейшем под таким уклоном борьбы с эпидемией, а Здравотдел на неправильные действия будет отмалчиваться, то в результате 2—3 эпидемий кори население сожжет половину своего имущества, а авторитет санорганизаций не только не укрепится, а надолго упадет в глазах населения.

По Могилевскому округу из 11 РСС работают 4 и из 121 С-т—6, причем Луполовский, Могилевский и Белыничский РСС останавливались преимущественно на вопросах сети медучреждений, заслушивании докладов врачей больниц, установки границ участков, и непосредственно участвовали в борьбе с эпидемическими болезнями, в частности, с бешенством. Санитарному же надзору и другим вопросам предупредительного характера уделялось совсем мало внимания. Шкловский районный санитарный совет охватил обе части работы и ставил

своей задачей практическое осуществление разбираемых вопросов. Из достижений его следует отметить: приведение в порядок полностью (ремонт) колодцев м-ка, починку тротуаров, отведение свалочного места, организация сануголков, приобретение санбиблиотеки, а также участие его в организации консультаций в Шклове. Из С-т по Могилевскому району таковыми была оказана помощь по борьбе с эпидемиями путем выявления ее, локализации и своевременного извещения медперсонала. Сантройки Белыничского района ремонтировали колодцы, и в 3-х деревнях добились проведения в жизнь еженедельной чистки дворов и улиц силами самого населения, использовав для этой цели стенную газету в отношении тех жителей, которым слабо прививался новый быт. Слабую работу РСС и С-т санчасть Могилевского округа целиком об'ясняет недостаточной подготовкой к профилактической работе врачей, особенно вторых, долженствующих преимущественно выявлять себя с этой стороны. Мы не можем стать на точку зрения санорганизации Могилевского округа. Учет работы РСС и С-т был налажен, но санорганизация не является только хранителем статистических цифр, а на основании этих данных должна делать определенные выводы, давать указания, направлять работу, исправлять ошибки, создавать увязку и своевременно инструктировать. Директивы Наркомздрава в этом отношении определенно даны.

К деятельности районных с-советов и с-т по Полоцкому округу мы не можем пред'являть больших требований, потому что Полоцкий Окрздрав почти не имеет вторых врачей на участках и полгода работает без санитарной организации. Тем не менее мы должны констатировать правильность и общую линию работы всех организованных РСС и С-т. Сантройки не были нагружены большой работой, на них были возложены определенные задачи по двум направлениям: обследование источников водоснабжения в целях их улучшения и борьба с эпидемиями, тесно связанная с проведением нового быта. И мы видим, что Малашковская Сантройка Освейского РИК'а ремонтирует колодцы, также Ведринская Сантройка, строит новые колодцы Россицкая Сантройка, С-тройке Ушачского района отводят место на реке для полосканья белья. По борьбе с эпидемиями проводится санпросветработа во всех С-тройках. Особенно продуктивно работает Оповолукская С-тройка. Что касается районных Советов, то все они—Волынецкий, Ведринский, Ушачский, Россоновский, Полоцкий и Краснопольский проводят саннадзор и санпросвет по местечку. Полоцкий РСС обследует учреждения, рабочие поселки, дает указания, исправляет недочеты и применяет даже административные взыскания после ряда указаний в отношении тех учреждений, которые должны быть, в первую очередь, поставлены санитарно (общежития сотрудников РИК'а), применяют меры производства дезинфекций после заразных больных и участвуют в проведении ряда кампаний (оспопрививание, тубтрехдневник). Во всех вышепоименованных ячейках в протоколах красной нитью проходит настоятельная потребность в издании обязательных постановлений применительно к местным условиям; Окрздрав, в этом отношении отстает от потребностей жизни, и это определенным образом отражается на всей работе на местах. Также следует обратить внимание на постановку более правильного учета работы санячеек мест; о деятельности некоторых РСС Окрздрав сведений не имеет (Освейский) и руководство уплывает.

По Витебскому округу работали всего лишь 3 Сантройки и одна треть из организованных РСС. Указанные Советы работали только в пределах м-ка, много было заседаний, на них рассматривались разно-

сторонние вопросы медико-санитарного характера (борьба с эпидемиями, улучшение источников водоснабжения и т. д.), проводился текущий саннадзор, но указаний в материалах о конкретных достижениях почти нет, о санитарных тройках и РСС не вспомнили. Руководство со стороны Санчасти Окрздрава, как и в других округах, слабо проявлено, несмотря на то, что Окрздравотдел имел двух окружных санитарных врачей, организационной работы последними на местах проявлено мало. Заканчивая анализ работы РСС и Сантроек и под'итоживая деятельность наших низовых сан'ячеек, мы должны прежде всего отметить, оправдала ли себя построенная сеть общественно-медицинских организаций при РИК'ах и С/Советах, жизненна ли она, дала ли она нам то, что мы ожидали, можно ли опираться на них в нашей дальнейшей профилактической работе? Серьезно подходя к этому вопросу и глубоко вдумываясь в имеющийся материал протоколов с мест, мы должны сказать, что безусловно да, достижения есть и достижения большие. Перевоспитывать население далеко еще некультурное, искоренять быт, насиженный веками под гнетом рабства, переломить косное отношение населения к интересам своего здоровья, научить его практически ценить значение санитарной обстановки для сохранения жизни, коллективно администрировать, это задача, во много раз более сложная, чем провести квалифицированному работнику амбулаторный прием в 100 человек. И что мы видим. Широкое проявление инициативы со стороны крестьянства. Возьмите, примерно, приведение в исправность колодцев в селе, починка их силами самого крестьянства, изыскивание леса на эти нужды при недостатке экономичских рессурсов—разве это не проявление общественной самодеятельности на фундаменте осознания важности человеческого здоровья. Проведение целым рядом деревень регулярной очистки дворов и улиц, осушка канавами дорог—разве это не начало перелома старого быта в сознании самого населения. Дезинфекция отхожих мест известью в деревнях и параллельное исправление на деревне источников водоснабжения при наличии эпидемии брюшного тифа, проведенное Сантройками, оповещение медперсонала работниками сан'ячеек о локализации эпидемий, ячейками дезинфекции, изыскание средств на устройство изолятора—разве это не результаты санитарного просвещения масс и их полное осознание важности участия самого населения в строительстве санитарной жизни страны. Использовывание стенгазеты в воспитательных целях, об'единие в работе (своей инициативой) заинтересованных ведомств в аналогичных вопросах—разве это не опять таки проявление опыта в административной работе. За краткостью времени, данного для доклада, не представляется возможным осветить все моменты, говорящие о жизненности сан'ячеек и правильности пути, взятом в направлении их созидания. Но уже эти яркие примеры указывают нам, что советская общественность выросла, крепнет и наша задача влить ее участие в медико-санитарное дело, поставить на правильные рельсы дороги здравоохранения, чтобы мощно усилить кадр профилактических работников, борцов за новый быт. Подходить к этому мы должны не платоническими пожеланиями и проблематическими обещаниями, а на основе выявленных недочетов поставить определенные конкретные задачи.

Если мы говорим—руководство было слабое, учета не наладили принимались за него, когда НКЗБ теребил отчетами, протоколы механически складывали, к интересам глухо прислушивались и кое что проморгали, через голову санорганизации места кое-где

начали работать, санработники обращали на мелочи внимание, а организационную сущность упустили, то мы должны определенно сказать, что это явление ненормальное, что главным образом и отразилось на выявлении слабой работы общественных организаций на селе. Санорганизация аппарата должна этот момент изжить и приложить максимум энергии для урегулирования работы мест и постановки ее на должную высоту. А отсюда уже естественно вытекают и очередные наши ближайшие задачи на селе, то есть:

а) Пересмотреть состав имеющихся сан'ячеек, реорганизовав там, где ячейки нежизненны, учитывая при перевыборах нагрузку выдвигаемых кандидатов.

б) Созвать конференцию Сантроек при Райсансоветах с обязательным участием в них преставителей от Окрздравотдела.

в) На созываемых конференциях должны быть освещены задачи Райсансоветов и Сантроек, в полной увязке с основными задачами санорганизации, считаясь, конечно, с наличием и возможностью местных сил (вопросы борьбы с эпидемиями и вопросы оздоровления по благоустройству местечек и села). Сельские ячейки не должны загружаться множественностью заданий, но должны иметь конкретный план очередности. На конференции должна быть подчеркнута увязка работы ячеек с лечебными и лечебно-профилактическими учреждениями, а равным образом в задачу ячеек должны войти и вопросы по охране материнства и младенчества. План, даваемый ячейкам, должен быть проработан предварительно в самом аппарате Окрздрава с учетом проделанной годичной работы мест.

г) Наладить учет работы Райсансоветов и Сантроек таким образом, чтобы материалы суммировались бы там и совместно с отчетами Райсансоветов поступали бы в Окрздравотдел, дабы последний мог своевременно коррегировать и руководить общим направлением всей деятельности сан'ячеек.

д) Весь материал, поступающий с мест, должен систематически перерабатываться санитарной частью Окрздравотдела в целях своевременного исправления недочетов, служа материалом для руководства со стороны Окрздравотдела.

е) О всей проделанной работе ячеек Окрздравотделы должны ежемесячно представлять отчет в Наркомздрав, вместе с общим отчетом по санитарной части.

Заканчивая анализ всей годовой работы санорганизации мест и переходя к перспективным планам на будущее, мы должны наметить, основываясь на всем цитируемом материале, следующие определенные конкретные задания:

1. Прежде всего, санитарная организация должна быть делом государственного характера, и в своей работе опираться на декрет о санитарных органах Республики, определяющих ее права и обязанности.

2. Санитарные мероприятия государственного значения должны проводиться через санитарное законодательство.

3. Санитарная работа должна проводиться по всей территории БССР по единому плану.

4. Санитарная организация, имея окружной тип в своем построении, должна быть разгружена от административных заданий всего аппарата Окрздрава.

5. В своей деятельности санитарная организация должна быть тесно связана со всеми общественными и государственными учрежде-



ниями (Комхоз, Окроно и т. д.) и через таковые проводить оздоровительные санитарные мероприятия.

6. Основной своей задачей санитарная организация должна поставить не только санитарный надзор за предприятиями коммунального, пищевого и друг. характера, но главным образом охватить вопросы санитарно-профилактического характера—изучение эпидемических очагов и составление планов их ликвидации, изучение санитарного состоянии страны для выявления очередных конкретных задач по санитарному благоустройству городов и селений (водоснабжение, выработка типовых колодцев, организация водопровода по местным условиям организация банного дела, разработка планировки села и растущих городов с выработкой типа гигиенического жилища, применимого к условиям не только города, но и сельской местности). В вопросах организации общественного питания санитарная организация должна принять самое широкое участие, взяв на себя инициативу увязки этого дела со всеми заинтересованными организациями в этом вопросе.

7. Санитарная организация должна увязать свою работу с лечебными и лечебно-профилактическими учреждениями (диспансеры, больницы и т. д.), а равным образом и учреждениями по охране материнства и младенчества, об'единяя в них все виды санитарной и санитарно-профилактической деятельности.

8. Санитарная организация должна приступить немедленно к созданию общественно-санитарных ячеек городского типа (городские Районные Санитарные Советы и Здрав'ячейки в домах Жилкооперативных товариществ).

9. Санитарная организация должна оживить работу общественно-санитарных ячеек села.

10. Санитарная организация, разрабатывая план по оздоровлению села, должна отражать его в конкретных определенных мероприятиях с соответствующей очередностью, внося сметы в соответствующие бюджеты Окружного Исполнительного Комитета, предварительно согласуя их с ведомствами, в них заинтересованными.

Анализ санпросветработы в Белоруссии и перспективы на будущее.

Д-р С. Н. Рохлин.

Наш „эпидемиологический пейзаж", характеризующийся туберкулезом, паршой, чесоткой, трахомой и вообще болезнями грязи является ярким показателем тех условий, в каких приходится проводить санпросветработу. Если еще к этому „пейзажу" добавить, что у нас в Белоруссии население на три четверти безграмотно, то трудности станут перед нами во весь рост.

Тем не менее санитарное просвещение медленно, но верно продолжает пробивать себе путь среди трудящихся Белоруссии, завоевывая все новые и новые позиции в борьбе за новый и здоровый быт.

1925 год можно охарактеризовать как год значительного под'ема санитарного просвещения в Белоруссии. Если за 1924 год проведено по всей Белоруссии (по неполным сведениям) бесед и лекций 4996, то с 1-го января по 1-е октября 1925 года, т. е. за три четверти года их проведено 9460.

Этот период характеризуется также увеличением общего количества проведенной санпросветработы в округах по сравнению с городом. В то время, когда в 1924 году число проведенных в городе бесед и лекций составляет приблизительно 36 проц., а в округах—64%, то 1925 год дает совершенно иное соотношение с резким уклоном в сторону деревни. Из общего числа 9460 проведенных бесед и лекций на город падает 1628, т. е. 17,2 проц.; на округа—82,8 проц.

По количеству проведенной работы за период с 1-го января по 1-е октября 1925 г. округа распределяются таким образом.

НАЗВАНИЕ ОКРУГА.	Общ. колич. проведенных бесед и лекций.	Из них проведено в	
		городе	округе
Минск	1340	575	765
Борисов	1157	106	1051
Мозырь	1013	59	954
Слуцк	999	86	913
Бобруйск	925	109	816
Могилев	918	188	730
Орша	870	171	699
Витебск	756	203	553
Полоцк	751	75	676
Калининск	731	56	675

Анализируя эти цифры, приходится отметить, что санпросветработа далеко неравномерно распределяется между городом и округом. И прежде указанное нами соотношение, верное в общей сумме, в применении к каждому отдельному округу претерпевает значительные колебания.

Чрезвычайно интересны были бы цифры общей посещаемости всех этих бесед и лекций. К сожалению, наша отчетность настолько несовершенна, что не позволяет этого сделать исчерпывающим образом из-за неполноты и неточности представляемых сведений. Все же как минимальную цифру можно указать, что за указанный период (январь-октябрь 1925 г.) свыше полумиллиона слушателей побывало на этих видах санпросветработы и, так или иначе, приобщилось к вопросам оздоровления труда и быта.

Санпросвет охватил своей деятельностью значительное число культпросветпунктов: 167 клубов, 85 нардомов, 279 изб-читален, 155 красных уголков. Но это далеко не все, что может быть охвачено работой. К тому же работа в большинстве случаев проводится еще эпизодически. Систематическая санпросветобработка населения, особенно деревни, еще не вошла в обиход, и мы хорошо понимаем, что такая одномоментная работа при наших глубоких пластах некультурности и грязи не имеет того значения, какого мы могли бы добиться при упорном, систематическом санпросветвоздействии на население.

Это в одинаковой мере относится как к городу, так и деревне. Имеющиеся дома санитарного просвещения недостаточно использовываются как в отношении посещения музея-выставки при домах, так и в отношении распространения своего влияния на трудящихся. Передо мною отчет за ноябрь месяц прошлого года (в общую сводку не вошедший) Витебского Дома Санитарного Просвещения. И за ноябрь м-ц по городу Витебску, который является у нас в Белоруссии крупным центром, проведена всего одна лекция, а через выставку-музей организованных экскурсий проведено всего 7 с общим числом 265 человек.

Правда, этот месяц является быть может рекордным в отношении ничтожно малого количества работы, но такой темп является показательным для характеристики использования и влияния ДСП.

Центральный Дом Санитарного Просвещения в Минске, непосредственно подвергающийся нашему воздействию, избежал в значительной мере тех дефектов и недочетов, которые указаны выше. Просматривая отчет о деятельности ЦДСП за 1925 год приходится констатировать значительную работу, им проделанную. С 1-го января по 31-е декабря 1925 г. проведено по городу Минску 682 лекции с общим числом слушателей 74738. Посещаемость выставки выразилась в следующем: прошло 465 организованных экскурсий с общим числом слушателей 14076, одиночных посещений—17773. В общем ЦДСП обслужено 106587 человек. Иначе говоря, учитывая население города Минска, можно указать, что каждый житель побывал в среднем один раз в ДСП. Работу в общем приходится квалифицировать, как работу весьма продуктивную.

Кстати о Домах Санпросвета. Нам необходимо изменить наше принципиальное отношение к ним в связи с теми новыми путями, которые мы стремимся проложить от санпросвета к массе. Мы смотрели раньше на ДСП, как на учреждения, которые имеют монопольное право на санпросвет. В настоящее время, когда санпросвет переносится нами в самую гущу трудящихся, когда мы стремимся пропитать санпросветом весь наш быт, когда мы говорим о гигиеническом

воспитании в школе, через школу, через наши лечебные учреждения, за ДСП должна остаться руководящая роль в этой работе. Дом Санпросвета должен стать штабом, где концентрируется и идейное руководство, и материальные средства (наглядные пособия) для борьбы за оздоровление населения. Под таким уклоном нам следует рассматривать ныне Дома Санпросвета. Не замыкаться в ДСП, как в скорлупе, а рассеивать наши щупальцы во все стороны—такова наша задача.

Впервые санпросвет на местах получил у нас некоторую материальную базу путем внесения расходов по санпросвету в бюджет. На санпросвет отпускается 1 проц. фонда „Г" и кроме того в среднем от 250-500 р. на каждый округ. Эти средства расходуются на приобретение санпросветлитературы, наглядных пособий для оборудования санпросветуголков. Конечно, эти суммы незначительны. Но они имеют огромное моральное значение. Они означают, что санпросвет завоевывает себе признание в общем бюджете и в дальнейшем приходится неуклонно добиваться укрепления этой материальной базы.

Переходя теперь к рассмотрению качественной стороны работы, можно указать следующее. Если количественный рост санпросветработы несомненен и может только радовать, то качество работы ясно обнаруживает, что с санпросветом не все в этой области обстоит благополучно. Работа проводилась на местах в полном смысле слова „без руля и без ветрил", без какого бы то ни было руководства со стороны Окрздрава и тех органов, которые по мысли центра должны были быть при Окрздравах организованы, т. е. лекторских бюро. Я не беру работу целиком. Если работа в общем проводилась более или менее правильно, то это происходило большей частью стихийно, чутьем, чем руководствуясь методическим подходом. Я не буду приводить многочисленных грустных примеров, но на некоторых, наиболее ярких, я позволю себе остановиться.

Могилев—крупный центр, где имеется ДСП. Там в центральном рабочем клубе проводится „санпросветлекция": „Психология и психопатия полового вопроса". Число слушателей 700. Число принимавших участие в прениях—300. Я думаю, что добавить к этой „лекции" нечего: сама тема говорит за себя. В рабочем клубе, в присутствии огромного числа рабочей молодежи играть на сексуальных чувствах—это ни что иное, как злоупотребление словом вообще и вывеской санпросвета в частности. Тот же Могилев споткнулся не раз. Мы приводим наиболее яркий момент. И все эти неудачные моменты дают нам возможность указать, как не следует и нельзя проводить санпросветработу.

Теперь дальше. Вот вам пример неудачного сочетания тем. Врач читает, повидимому, допризывникам на следующую тему: „О микрорганизмах. Спиртные напитки и их вред для здоровья". Мы никак не можем себе представить увязку этих двух совершенно различных тем. Характерно, что тот же врач в той же аудитории читает следующее в течение 2-х часов: „Алкоголизм и преступность. Самогон и его значение. Первая помощь при ушибах, вивихах, переломах. Остановка кровотечения. Значение физических упражнений. Гигиена деревенской жизни". И все это укладывается в 2 часа. Чего тут только не хватает. И какая сумятица образовалась в умах слушателей. Такая санпросветработа безусловно имеет отрицательное значение и способна отпугнуть любую аудиторию.

А вот в Княжицком нардоме фельдшер Терентьев читает на тему: „Туберкулез и жилище". И вот его тяжелая исповедь: лекция длилась 30 минут при 120 слушателях и прошла при гробовом мол-

чании. Трактуется такая животрепещущая тема и никакой активности со стороны аудитории. Значение такой работы, конечно, ясно.

Было бы глубокой ошибкой думать, что все то, что я привожу—правило. Нет, это в общей массе исключение, исключение характерное, толкающее нас на некоторые выводы, о которых речь будет несколько ниже.

Теперь несколько положительных моментов. Их много. Огромная масса. Но из них мне хочется выбрать несколько.

Врач Довской больницы. Лекция проводится 14-го февраля 1925 г. В общем через месяц после годовщины смерти Ленина. Периферия несколько запаздывает. Тов. Рабинович читает комсомольской и беспартийной крестьянской молодежи на тему: „Влияние умственного переутомления В. И. Ленина на его смерть".

Вот вам образчик темы одновременно и санитарно-просветительной и в то же время перекидывающей такой прочный мостик ко всей культпросветработе, т. е. та увязка, о которой мы все время твердим и думаем. Нам попалась еще одна подобная тема: „1-е мая и здоровый труд".

Вот проводится в школе тема: „Строение человеческого тела". Состав—красный молодняк. 100 проц.-ая активность слушателей. И врач в примечании с чувством удовлетворения отмечает „удивительный интерес к живому слову".

Лекпом Котов. Мы ничего не знаем о качественной стороне работы. Анкета ее не отражает, но путь взят правильно. Этот товарищ использовывает посещение больных на дому для санитарно-просветительных бесед с ними. Он сочетает работу лечебную с работой профилактической. Он пытается увязать то, что ныне намечается как путь единственно правильный для скорейшего оздоровления нашего труда и быта.

В Оршанском округе после санпросветлекции, проведенной в деревне, население постановило: „выделить санитарные тройки, все население разбить на 10 дворов. На каждый десяток назначить одного ответственного товарища, на которого возложить наблюдение за чистотой дворов своего десятка, наблюдение за чистотой колодцев; привесить к каждому колодцу общую бадью и т. д." Вот вам пример работы действительно правильной и указывающей, что санпросветработа не только есть проведение лекций, но есть в первую очередь подготовительный этап к оздоровительным мерам среди гущи населения, для устранения вопиющих санитарных дефектов. Аналогичная работа проведена в одной из школ, где после беседы о вшивости и уходе за телом постановлено было выделить Сантройку из учеников для борьбы со вшивостью.

Просматривая наш материал по санпросвету, приходится констатировать почти полное отсутствие работы среди женщин, а между тем влияние женщин на быт огромно, и через санпросветобработку женщин мы более быстрым темпом можем добиться оздоровления нашего быта. Кстати укажу, что в текущем году у нас в Минске наблюдается значительный интерес женщин к санпросветработе, и мы можем определенно указать, что бывали периоды в нашей работе, когда преобладала чисто женская аудитория. Заодно не видно специального внимания к комсомолу и активной беспартийной молодежи, а между тем эта организация может явиться могучим рычагом в деле оздоровления труда и быта.

Есть еще один вопрос, совершенно не освещающийся нашей отчетностью—это вопрос о работе в прессе. Мы не сомневаемся в том, что

работники мест использовывают окружную прессу для санпросветработы, но, не имея возможности судить о ее количестве, мы, конечно, совершенно лишены возможности судить о ее качестве. А между тем воздействие через прессу громадно. Мы одной беседой, помещенной в газете, охватываем огромную аудиторию как городскую, так и деревенскую.

Из обзора этих моментов можно сделать вывод, что санпросветработа характеризуется с одной стороны большими срывами, с другой стороны ценными взлетами, а в промежутке—гладь обычной рядовой работы без пафоса и вдохновения, значение которой тем не менее огромно.

Что же касается тем, то необходимо указать, что огромное количество тем обще-гигиенических, по вопросам охраны материнства и младенчества. Но чувствуется отсутствие плановости. Каждый читает как будто то, что ему роднее и ближе. Нет полной слитности с бытом, темы не всегда рождает быт. Так например: проводится беседа о половых болезнях. Беседа с внешней стороны чрезвычайно интересная. Это мы знаем по нашему городскому опыту. Крестьянам же эта беседа по существу мало интересна. И любопытно отметить. Из числа присутствующих 60 чел. задано 8 вопросов. В той же деревне проводится беседа о чесотке—присутствует 25 человек, задано 20 вопросов: 100 проц.-ая активность. Вот что значит правильный подбор темы! Из числа дефектов необходимо отметить почти всюду отсутствие наглядных пособий, что в значительной мере подрывает значение проведенной санпросветработы.

В своей повседневной практической работе санпросвет должен поставить себе узкие пределы, ограничиваясь вопросами чисто гигиенического характера. Чем уже будет поставлена перед нами задача, тем больше в наших бытовых белорусских условиях она может расчитывать на глубокое внедрение в наш косный быт, требующий настойчиво своего оздоровления.

Санпросветработник не должен смущаться будничностью своей работы. В этой будничности и заключается ее необходимость, а следовательно жизненность и сила.

В целях популяризации санпросветзнаний одной из своих задач мы ставим организацию санпросветуголков в клубах, предприятиях, избах-читальнях. В отношении их организации по всей Белоруссии дело обстоит следующим образом:

Гор. Бобруйск	2	Гор. Могилев	—
округ	10	округ	9
Гор. Борисов	1	Гор. Мозырь	1
округ	30	округ	13
Гор. Витебск	—	Гор. Орша	1
округ	13	округ	11
Гор. Калининск	1	Гор. Полоцк	1
округ	1	округ	11
Гор. Минск	33	Гор. Слуцк	3
округ	11	округ	—

Всего по БССР . . . . . 152.

Побудительным моментом к организации подобного рода уголков послужила рассылка по Окрздравотделам примерных санпросветуголков и библиотечек в количестве 3-х комплектов: 1—для города, 1—для нардомов показательных участков и 1—для одного из лучших нардо-

мов участка, а также были разосланы списки рекомендуемых санпросветлитературы и наглядных пособий.

В настоящее время организация санпросветуголков продолжается и по полученным последним сведениям в некоторых округах количество уголков сорганизовано в значительном уже количестве. Так, например, Полоцкий Окрздрав сообщает, что им организовано по городу и району 17 санпросветуголков (по городу—2), снабженных плакатами, лозунгами, библиотечками по типу, рекомендованному НКЗБ. Борисовский Окрздрав сообщает, что им истрачено по местному бюджету 500 руб., которые были израсходованы на организацию сануголков при 27 избах-читальнях, 4 нардомах и всех районных медучастках—врачебных и фельдшерских пунктах.

Там же по городу за счет сумм Рабмеда организованы сануголки при заводских клубах (при 3-х). Сануголок организован в Исправдоме, в некоторых пионерских организациях, а также литературой снабжены 1-я и 2-я амбулатория и учреждения Охматдета. По остальным округам мы еще не имеем сведений, но можно все же констатировать, что в данном отношении работы на местах начинают оживляться.

В отношении снабжения изб-читален санпросветбиблиотечками необходимо указать на следующее: снабжение проводилось непланово, учет снабжения отличался крайней неполнотой. Все же можно указать, что приблизительно около 75 проц. из вовлеченных в санпросвет изб-читален снабжены санпросветлитературой, правда, в небольшом количестве, библиотечками по типу, рекомендованному НКЗБ. Важно то, что литература имеется и при надлежащем руководстве чтением со стороны инструктированного врачем избача эта литература может иметь свое санпросветительное значение.

Наша дальнейшая задача—плановое снабжение всех изб-читален санпросветлитературой и руководство чтением на местах, без чего в значительной мере отпадает смысл продвижения санпросветлитературы в деревню.

Касаясь в нескольких словах вопроса о кадрах санпросветработников, необходимо указать, что таковыми являются главным образом врачи и лекарские помощники. Совершенно не видно участия в этой работе культурных сил деревни: ветеринарных врачей, аптекарей, агрономов, учителей, избачей, а они то и могут явиться огромной движущей силой в деле оздоровления трудящихся. Нет никакой увязки работы с Райполитпросветом. Нам пора усвоить тот взгляд, что изолированно мы своей работы вести не можем. Наша работа есть только часть всей культпросветработы, проводимой среди трудящихся, а потому должна быть проводима в контакте с теми работниками, которые взрывают целину нашей косности и нашего невежества. В нашей работе нам необходимо опереться также на органы самодеятельности трудящихся, в частности на наши низовые сан'ячейки—санитарные тройки и сансоветы. Жизненность этих организаций доказана в нашей Белоруссии самой жизнью и работа этих ячеек может явиться практическим осуществлением диктуемых санпросветом оздоровительных мер. В этом отношении эти организации должны послужить тем фундаментом, на который мы должны опираться в нашей работе. Сантройкам, вышедшим из самой гущи трудящихся и живущим постоянно среди них, легче всего, конечно, вести борьбу со старым бытом.

Весьма интересной и плодотворной является работа Плещеничского Райсансовета: в м-ке проводится саннадзор пищевой и коммунальный, изучается санитарное состояние местечка, устраиваются суды над знахарями, установлены в общественных местах баки с кипяченой водой,

читаются санпросветлекции во всех деревнях путем прикрепления к ним определенных лекторов. Это уже попытка внести известную систематичность в проводимую оздоровительную работу.

Таким образом мы видим, что и в отношении санпросвета эти организации имеют огромнейшее значение. Введение плановости в работу имеет, конечно, колоссальное значение для борьбы за новый быт.

Я хочу еще указать на одну ценную работу, проделанную Оршанским округом для внедрения санпросветработы в самую гущу трудящихся: использовывание оберточной бумаги в целях пропаганды санзнаний путем печатания на них санитарно-гигиенических правил.

У нас в гор. Минске мы стали на этот путь для борьбы со свирепствующей скарлатиной. Мы использовали для этой цели кинопрограммы, на обороте которых мы печатали сведения о скарлатине и о профилактических мерах против нее. С той же целью нами использована оберточная бумага Белмедторга, и полагаем, что этот вид работы является чрезвычайно полезным модусом работы, модусом, конечно, подсобным.

Чрезвычайно важным моментом, по нашему мнению, является и другой вид использования аптек. В настояще время аптека есть материальная база лечебного дела. Все в аптеке пропитано тяжелым „духом" медикаментов. Оберточная бумага с санпросветзнаниями, в которую заворачиваются лекарства, есть первая попытка внести профилактический элемент в эту затхлую атмосферу. Аптекарь наряду с другими медицинскими работниками на селе должен явиться проводником профилактики. Чрезвычайно важна организациясануголка в аптеке а также использование аптек как места продажи популярной санпросветлитературы, и аптекарь в каждом отдельном случае сможет рекомендовать ту или иную книжку, которая ответила бы запросам больного. Этот опыт еще не проводился у нас, но его необходимо провести, так как он сулит большие возможности в смысле правильного продвижения санпросветлитературы в гущу нашего селянства.

Нашей работе необходимо придать определенный национальный характер. Мы должны помнить, что темным пятном нашего „белорусского пейзажа" является огромная неграмотность и связанная с ней косность старого быта. Мы должны бороться не отвлеченно „вообще" за новый быт, а конкретно с определенными явлениями старого быта, которые прочно укоренились и которые надо долго выкорчевывать. Мы должны помнить, что наши условия быта тесно связаны с экономическими и социальными причинами тяжелого прошлого, которые как ржавчина в'елись в тело Белоруссии. Борьба за бани, борьба с нашими религиозными предрассудками („миква" у еврейского населения), учет всех национально-бытовых моментов и правильная борьба с ними есть уже частичное разрешение задачи, поставленной перед нами, работниками, по оздоровлению труда и быта трудящихся.

После всего отмеченного можно сделать уже некоторые выводы, а именно:

1. Надо констатировать, что не все округа работают с одинаковой интенсивностью.

2. Санпросветработа по округам проводится непланово, эпизодически, вследствие отсутствия на местах руководящего органа или его бездействия.

3. Медицинский персонал является в значительной части методически неподготовленным для проведения санпросветработы. В этом отношении пора изжить тот взгляд, что если я врач, я справлюсь с санбеседой. Методическое совершенствование является в настоящих

условиях тем непременным моментом, без которого немыслимо продуктивное проведение работы.

4. Изучение аудитории, среди которой проводится тот или иной вид работы, является также непременным условием для успеха санпросветработы.

5. В условиях нашего быта санбеседа должна иметь определенный практический результат. Санбеседа — подготовительный путь к проведению оздоровительных мероприятий (хоть небольшого масштаба). В этом отношении необходимо учесть опыт Оршанского округа.

6. Санпросветработа должна охватить, как можно шире, трудящихся и вовлечь в работу все то, что до сих пор еще не втянуто (главным образом, женщин, комсомольцев, беспартийный актив).

7. Санпросветработа через прессу, а также через стенгазету должна занять видное место в общем плане работы.

8. Необходимо также распространить и углубить опыт использования оберточной бумаги для популяризации санзнаний среди населения. Чрезвычайно важна в этом отношении особенно работа сельских аптек, а также использование их в отношении распространения санлитературы.

9. Всю санпросветработу на районах необходимо вести в тесном контакте с Райполитпросветом.

10. Для борьбы с нашим антисанитарным бытом, кроме медперсонала, необходимо вовлечь все культурные силы деревни: ветеринарного врача, агронома, учителя, избача.

11. Вся санпросветработа должна быть тесно увязана с органами самодеятельности трудящихся: с Сансоветами и Сантройками.

Вот, примерно, те выводы, которые напрашиваются после сделанного нами обзора.

Каковы же наши перспективы на будущее?

Я думаю, что не ошибусь, если скажу, что перспективы благоприятные. Врач разбужен к санпросветработе. Вне санпросветработы советский врач трудно мыслится. Эта работа тесно вплелась в работу общественного врача, кем бы он ни был, лечебником или санитарным врачем. К санпросвету тянется все живое во врачебной среде. Необходимо только урегулировать и вложить в определенное русло растекающуюся без плана работу.

1. Для этой цели, в первую очередь, на местах должен быть создан руководящий санпросветработой центр. Этот центр должен быть создан при Профилактической части Окрздрава в виде лекторского бюро, а где имеются ДСП, то таковое должно быть создано при нем. Задачей этого бюро является плановое проведение санпросветработы, наиболее широкий обхват ею населения, а также методическая проработка санпросвета. Лекторское бюро должно учесть все культурные силы, которые могут быть использованы в целях санпросветработы. Точно также это нужно сделать, в первую очередь, по отношению к медперсоналу, учитывая силу врача в отношении санпросветработы в той или иной области. Вопросы качества должны приобрести для нас первенствующее значение. Лекторское бюро работает в контакте с Политпросветом, а также с Санэпидом, что дает ему возможность сделать санпросветработу живой и гибкой, отвечающей потребностям данной местности.

2. Лекторское бюро через Профилактическую часть Окрздрава охватывает участковых врачей, которые, будучи в тесной связи с Окрздравом, будут также в курсе проводимой методической работы.

3. Лекторское бюро должно держать связь с рабкорами и селькорами, инструктируя их и использовывая печать и стенную газету для борьбы с вопиющими язвами быта.

Тов. Зиновьев правильно и метко охарактеризовал эту армию как „глаза и уши Советской власти“ и совершенно ясно, что чем острее будет глаз и тоньше слух, тем полнее задача рабкора будет выполнена.

В этом отношении необходимо указать, что, к сожалению, глаза и уши рабкора до настоящего времени устремлены, главным образом, в одну точку, так сказать, производственную, а между тем, весь наш быт пропитан грязью. Наша действительность в санитарном отношении вопиюща, а рабкор проходит мимо всего этого, точно грязь есть неот‘емлемая часть нашего быта.

Чрезвычайно показателен наш опыт в Минске. Поставленный нами доклад „Роль рабкора в оздоровлении условий труда и быта“ на общем собрании рабкоров вызвал большой интерес и указание на полную своевременность постановки этого вопроса.

„Звезда“ поместила нашу статью на ту же тему, и в результате, появление отдела в газете „За санитарию и гигиену“. Мы организовали также по соглашению с корбюро цикл лекций по гигиене для рабкоров.

И безусловно, подобная работа, проведенная на местах, в масштабе всей Белоруссии, сыграет огромную оздоровительную роль.

4. Профилактическая часть должна поставить своей задачей проведение в бюджет средств (бюджет округа и района) на санпросветработу. Необходимо отдельно включить в бюджет средства на приобретение фонаря и санлитературы для изб-читален.

5. Лекторское бюро должно включить в свой состав все культурные силы как города, так и округа (ветврачей, агрономов, учителей, избачей, техников, работающих по меллиорации).

6. Чрезвычайно важно держать тесную связь с работниками военно-санитарного ведомства, особенно в погранчастях, где военно-санитарные работники, будучи вкраплены в гущу гражданского населения, проводят ту же оздоровительную работу, и об‘единение и контакт в этой работе будут содействовать плановости в проведении работы.

Кроме того, эта связь полезна и в другом отношении: необходимо помнить, что военно-санитарный работник в массе является более искушенным в вопросах методики санпросветработы, а вопросы методики приобретают в настоящее время исключительное значение.

Переходя к тому, где должно быть место проведения санпросветработы необходимо указать следующее: в городе в первую очередь должны быть охвачены рабочие клубы, путем внесения санпросветработы в календарный план, предприятия, школы (учитывая проводимый в школах комплекс здоровья), дома отдыха и т. д. Необходимо использовать также для этой цели лечебно-профилактические учреждения, а также лечебные заведения для работы среди больных, где до сих пор работа еще не проводилась. А между тем лечебное заведение может стать для больного школой как санитарных знаний, так и местом приобретения определенного числа санитарно-гигиенических навыков. В эту работу необходимо вовлечь существующие на предприятиях, прозводствах, школах Здрав‘ячейки.

Специально несколько слов о санпросветработе в школе. До настоящего времени школа еще находится вне глубокого санпросветвоздействия. Программа Наркомпроса рассматривает и поныне вопросы

гигиенического воспитания, как вопрос второстепенный, а между тем этот вопрос является вопросом основным: переломить старый быт, искоренить глубоко в'евшиеся антигигиенические навыки можно только путем систематического воздействия в течение всего времени пребывания ребенка в школе и, конечно, и в дошкольном периоде (детских садах). Такое влияние на школу даст нам не только санитарно-воспитанных граждан, но вместе с тем внесет оздоровление в окружающий школьника быт.

Это внедрение гигиенических навыков находится в тесной связи с получением известного количества гигиенических познаний. Преподавание гигиены в школах в настоящих условиях должно быть обязательно в руках врачей, так как, к сожалению, сами педагоги пока еще недостаточно подготовлены в вопросах гигиены.

Чрезвычайно важным моментом является выявление активности школьников путем организации сангигиенических ячеек для воспитания практических здоровых навыков. Эти ячейки будут способствовать улучшению сансостояния школы, фактическому проведению мер личной гигиены, а также влиять на семью в смысле улучшения бытовых условий.

Проводящийся в настоящее время комплекс „здоровье" еще органически не связан со всей работой, проводимой в школе; у нас в Минске этот комплекс приходился на декабрь м-ц, и ЦДСПросвета в буквальном смысле слова ломился от огромной массы школьных экскурсий. Но комплекс был проведен, и вопросы здоровья отодвинулись на задний план и теперь школы являются редкими гостями у нас в Доме Санпросвета.

Тут же заодно обнаружился и чрезвычайно важный факт: неподготовленность педагогического персонала к проведению этого комплекса. Для характеристики этого я приведу следующий пример: с целью выявления самодеятельности детям давались определенные задания. Учитывая, что в это время в Минске свирепствовали корь и скарлатина, дети приходили в Дом Санпросвета, желая получить известные сведения об этих инфекциях по заранее данной руководителем схеме. Примерно вопросы были следующие: чем вызывается заболевание, его внешние проявления, способы передачи и профилактики, количество больных в прошлом и текущем году. Дети очень интересовались этими вопросами, и безусловно такая самодеятельность способствовала борьбе с эпидемиями.

Наряду с этим правильным путем работы отмечаются и „вредные уклоны", которые вносили сумбур в умы школьников и ставили в тупик санпросветработников. По указанной выше схеме и заданию, данному руководителем, дети приходили выяснять такие вопросы, как, например: отчего болят уши, отчего бывает ревматизм и т. д. Мы не хотим упрекать школьных работников в неумелом оперировании этим видом работы, входящим в общий комплекс. Но необходимо констатировать, что это неуменье вытекает из всей предшествовавшей подготовки, которую получил педагог. Мы должны твердо учесть одно обстоятельство: пока не будем иметь санитарно-грамотного воспитателя, до тех пор гигиенического воспитания нет и не может быть. Вопросы гигиены должны красной нитью пройти во всей нашей системе обучения, находя свое завершение в педтехникумах и педфаке. Комплекс „здоровье" должен действительно скомплексироваться со всей работой, проводимой в школе, в первую очередь в психике педагога и только тогда можно ждать плодотворных результатов.

В настоящее же время большая работа выпадает в первую очередь на долю школьно-санитарного врача; он должен явиться проводником гигиены в школе, он должен явиться инструктором для школьных работников в деле проведения комплекса „здоровье". В этом отношении показателен наш небольшой опыт: мы провели три практических инструктивных занятия в Доме Санпроса со слушателями Минского Еврейского Педтехникума и не сомневаемся в том, что эта небольшая работа избавит этих работников от многих ошибок в их практической деятельности. В полном согласии с нашим мнением находятся также и отзывы товарищей об этой нашей работе.

Все вышеуказанные моменты следует учесть работникам на местах и это даст возможность ввести работу в правильное русло.

На участке вся санпросветработа должна проводиться через Райполитпросвет, куда должен входить обязательно врач. Задачей врача, как указывалось неоднократно, должно быть вовлечение по линии использования санпросвета всех культурных сил деревни. Врач должен стать неот'емлемой частью избы-читальни; беседы должны проводиться на темы, живо интересующие население и имеющие известное практическое значение (оздоровление труда, быта, жилищное строительство, водоснабжение). Избач должен быть тщательно инструктирован врачем. Правильно инструктированный избач явится проводником профилактики в деревне и связующим звеном между врачем и населением. Чрезвычайно важную роль в этом отношении играет организация в каждой избе-читальне силами деревенского актива „Уголка здоровья", где наряду с гигиеническими плакатами и листовками должны вывешиваться ответы на интересующие население вопросы. Через эти вопросы должна поддерживаться связь врача с избой-читальней. Эти вопросы дадут врачу возможность ориентироваться в запросах, пред'являемых к нему в той или иной деревне, и тем организуемые беседы органически связать с вопросами, живо интересующими население. Вопросы эти должны вноситься в „тетрадь вопросов и ответов" или лучше в „Уголке" повесить небольшой почтовый ящик и избач извлекает оттуда эти вопросы, отвечает сам, если вопрос оказывается ему по силам, разрешает его совместно с другими культурными силами деревни и в случае трудности вопроса направляет его к врачу. Врач, получив вопрос, немедленно отвечает, и ответ вывешивается избачем в „Уголке здоровья" на специальной доске для записей ответов. Такая связь между избой-читальней и врачем дает врачу возможность находиться в живой связи со всем своим врачебным участком, что безусловно повысит качество и удельный вес санпросветработы. Чрезвычайно важным является участие врача в стенной газете.

Необходимо использование сходов, конференций для санпросветработы. Врач должен принять активное участие в пропаганде постройки в нашей Белоруссии бань. Это боевая задача. Нам необходимо ликвидировать отличие белорусса от других национальностей тем, что он моется дважды в жизни: когда рождается и когда умирает. Врач должен стать активным консультантом в деле нарождающегося жилищного строительства. Еще одна задача врача: учитывая войну будущего, как войну химическую, необходима популяризация знаний по химделу среди населения с указаниями на ту первую помощь, которую надо оказать газоотравленным.

План как будто велик, но он по сути дела налагает на врача роль общественника, методически подготовленного для проведения своей культурной работы.

Это все к работе на местах.

Что же предполагает делать центр в лице его ЦДСП? Кратко можно следующим образом формулировать его задачи:

1. ЦДСП—центр санитарного просвещения Белоруссии.

2. Он разрабатывает цикл лекций и собеседований для города и деревни.

3. Изучает выходящую санпросветлитературу, наглядные пособия и рекомендует наиболее подходящие как с точки зрения идеологической, так и методической.

4. Разрабатывает методику санпросвета.

5. Учитывает опыт мест и на основе этого опыта коррегирует всю работу.

6. Учитывая особенности Белоруссии, ставит своей задачей издание популярно-научных художественных книг и плакатов на белорусском языке с приближением их к белорусскому быту.

7. Ставит своей задачей продвижение санпросветкинофильм в деревни, войдя для этой цели в контакт с Белгоскино.

8. Ставит своей задачей создание при ДСП маленького практикума для будущих санпросветработников, использовывая для этой цели стажирующих врачей и подготовляя их таким образом к формам методов санпросветработы.

Помимо всего этого ЦДСП ставит своей задачей текущей работы просачиваться всюду и в первую очередь проводить все те положения высказанные в настоящем докладе.

Подводя итог всему сказанному, можно с удовлетворением констатировать: санпросвет начинает завоевывать себе признание. Он даже проложил себе дорогу в нашем бюджете. В дальнейшем мы ждем более плодотворной работы и все будем твердо помнить ту основную линию, которую наметил XII-й Всероссийский С'езд Советов, указав, что без санитарного просвещения нет и не может быть Советской медицицы, нет и не может быть оздоровления населения.

„Здравоохранение в деревне и крестьянка*)“.

М. И. Барсуков.

Товарищи! Есть вопросы, которые особенно должны интересовать женщину-крестьянку, особенно волновать ее и требовать ответа. Это вопросы быта, повседневной будничной жизни, тех условий, в которых приходится крестьянке работать, вынося на своих плечах тяжелый, малоценный, крестьянский труд. Ответ на эти вопросы, как построить новую светлую жизнь, как воспитать здоровое потомство, как создать такие условия труда, при которых жизнь самой работницы не пострадала бы и работница не стала бы инвалидкой, может дать советское здравоохранение—советская медицина.

Не следует думать, что лечиться надо лишь тогда, когда человек заболеет—это уже поздно. Надо сделать так, чтобы человек не болел, чтобы к врачу он обращался за советом не только для лечения, а чтобы медицинский работник мог бы раз'яснить, что необходимо сделать крестьянину или крестьянке для сохранения своего здоровья.

Основная задача советской медицины—создать такие условия, при которых исключается самая возможность заболевания. Только при выполнении этого—лечение может достигнуть своего назначения и сумеет помочь трудящимся восстановить утерянную трудоспособность. Ибо, если врач дает какие-либо капли от кашля, или мазь от чесотки, а в избе душно так, что хоть топор вешай, или по телу ходит целая армия вшей, потому что негде помыться, нет чистого белья, то ясно, что все эти заморские снадобья не помогут и здоровья не поправят.

Особенно в темной белорусской деревне, при тяжелых условиях труда и быта, вопросы благоустройства населенных мест приобретают огромное значение.

Изба, баня, застройка деревни, колодцы и водоснабжение, надзор за продажей продуктов питания, уборка нечистот и погребение трупов животных—составляют особую заботу медицинских работников. Совместно с крестьянской общественностью, медицинские работники должны стать организаторами и проводниками оздоровления деревни.

Строительство здравоохранения в деревне осложняется целым рядом тяжелых моментов, устранение которых тесно связано с общим под'емом производительности крестьянского хозяйства.

Белорусская деревня еще бедна, способ ведения хозяйства первобытный (трехполка), население крайне скучено, нет здоровых привычек, живут по старинке, как отцы и деды—все это отражается на здоровье населения и увеличивает количество заболеваний.

К этому же надо добавить: разоренность крестьянского хозяйства, пострадавшего от империалистической и гражданской войны, близость польской границы, откуда часто приходят всякие разбой-

*) Доложено, на II-ом Всебелорусском С'езде Крестьянок 10 марта 1926 г.

ничьи банды, отсутствие в городах развитой промышленности. Все это в значительной степени отражается на достатке крестьянства, на его заработке, а поскольку кошелек тощ, то постольку и крестьянин не может делаться толстым. В результате—недоедание, случайная пища, вода да картошка—ведут к болезням и в первую очередь—к чахотке.

Одновременно с этим, растет детская заболеваемость, и, при наличии неудовлетворительного состояния школ, выступает новая опасность, новая угроза. Под удар ставится воспитание крестьянской молодежи.

Что же сделал Наркомздрав и его органы на местах в деле оздоровления деревни?

Исполняя задание 7-го Всебелорусского С'езда Советов, Наркомздрав, в основном, провел следующую работу:

1. Количество средств, отпускаемых Правительством на лечебно-санитарные учреждения, обслуживающие деревню, увеличилось сравнительно с прошлым годом на 90 проц. и составляет 45 проц. всего государственного и местного бюджета здравоохранения.

2. Медицинская помощь приблизилась к крестьянству. Число врачебных амбулаторий за год увеличилось с 166 до 191, а больниц—с 78 до 93. Количество коек возросло с 1379 до 1538.

3. Качество медицинской помощи улучшилось. Больницы стали больше получать на питание и медикаменты. Большая часть больниц и амбулаторий отремонтированы. Доказательством улучшения является рост обращаемости болеющего крестьянства и сокращения процента прогула коек. За одну половину 1925 года в сельских медицинских учреждениях было посещений на 7 проц. больше, чем за весь 1924 год. В то самое время, как в 1924 году было использовано всего 39 проц. коек; в 1925 году процент этот поднялся до 84, а число коечных больных за половину 1925 года равно числу больных за весь 1924 год.

4. Впервые в Белоруссии широко развернулась ясельная кампания в деревне, и началось строительство детских консультаций в районах.

5. Родильная помощь в деревне получила оформление в организации родильных коек при районных больницах. Количество акушерских пунктов увеличилось.

6. Крестьянская общественность приняла активное участие в строительстве здравоохранения в деревне через санитарные Комиссии районных и сельских советов.

7. Впервые крестьянство получило курортную помощь и смогло подлечиться в Крыму в бывших царских дворцах.

Как ни велики все эти достижения, которые имеет Наркомздрав, но все это далеко не покрывает нужды белорусской деревни в медицинской помощи. Еще предстоит большая, упорная работа, потребуется много сил и средств, чтобы дать крестьянству все, что ему необходимо для восстановления здоровья. При этом надо помнить и ясно понимать, что окончательная победа над болезнями зависят не только от одного здравоохранения. Нельзя рассматривать здравоохранение чем-то обособленным от всей государственной жизни. И как бы мы ни строили новых медицинских учреждений, мы должны с вами знать, что не в них одних наше спасение от всех страданий, но это спасение целиком зависит от общей производительности крестьянского хозяйства, от дальнейшего роста нашей промышленности и от широкого распространения народного просвещения.

И если мы говорим, что надо поднять крестьянское хозяйство, то мы вместе с тем не должны забывать, какое место в этом хозяйстве занимает крестьянка, какое огромное значение в семье имеет ее труд. Между тем приходится отметить, что здесь не все обстоит благополучно. Условия труда крестьянки таковы, что на ее плечи взваливается не только забота по домашнему хозяйству, но также и тяжелая работа в поле. Между тем наука говорит нам, что здоровье женщины требует к себе самого осторожного внимания, и женщина легче поддается всяким болезням, чем мужчина. Не даром крестьянка в 35 лет кажется уже старухой, и вместо того, чтобы в эти годы представлять из себя цветущего человека, она превращается наполовину в инвалидку. Целый ряд так называемых женских болезней зависит от чрезмерного напряжения сил крестьянки в непосильном труде и от неправильного образа жизни. Крестьянка малограмотна, она не знает, что ей вредно и как надо уберечься, чтобы быть здоровой.

Если трудоспособность крестьянки резко понижается с годами от тяжелых условий жизни, то еще есть одна причина, которая также плохо отражается на ее здоровье—это недостаточность акушерской и родильной помощи и производство аборта через бабку-повитуху.

Огромную общественную опасность представляет аборт, который по существу является тяжелым женским заболеванием. С каждым годом он все глубже и глубже проникает в белорусскую деревню. Наши родильные учреждения в деревне на 35 проц. своей работы тратят на аборты. В городе эта цифра достигает еще большей величины, доходя до 70 проц. Аборт в Белоруссии, помимо общественной угрозы, как средство, уменьшающее прирост населения, имеет еще ту опасность, что он производится, в большей своей части, в подполье у бабок-повитух, которые всевозможными способами калечат крестьянку. Уже не говоря о том, что такой аборт, который делается не на больничной кровати, представляет прямую угрозу жизни—он опасен и своими последствиями. Те многочисленные кровотечения из матки, которые так часто встречаются в женском быту, обязаны своим происхождением плохо сделанному аборту. Борьба с абортом, особенно с подпольным, должна проводиться через акушерку, школу, избу-читальню путем массового ознакомления крестьянок с теми болезненными последствиями, которые вызывают аборт. Одновременно надо знакомить крестьянок с мероприятиями, предупреждающими беременность, но менее опасными чем аборт. Против бабок-повитух и всяких знахарей надо широко поднять крестьянскую общественность и, путем устройства массовых показательных судебных процессов, гнать этих негодных, вредных людей подальше от деревни.

Темнота, унаследованная нашим крестьянством от проклятого прошлого царского режима, является также причиной того, что крестьянка не умеет правильно воспитать своих детей. Между тем неумение наладить питание ребенка, эта вечная жвачка, которая сидит во рту, грязные пеленки—создают условия, при которых детская заболеваемость в Белоруссии с каждым годом увеличивается. Детям, когда они подрастают, нужны здоровые игры, а их нет. Живя в тесной, грязной избе, они, кроме ругани, пьянства, табачного дыма, редко что-либо другое видят. В школах недостаток врачей не позволяет пропустить детей через поголовный медицинский осмотр.

Советская медицина создала особую форму организации, при помощи которой она старается оздоровить быт крестьянки и уменьшить детскую беспризорность.

Эта организация называется охраной материнства, младенчества и здоровья детей. Устройство летних полевых яслей, когда крестьянка идет на работу, спасут не одну детскую жизнь, а детская консультация научает крестьянку, как надо ухаживать за ребенком, и что требуется для его здорового воспитания.

Большую помощь в этой работе дадут санитарные комиссии сельских советов, особенно, если в них примут активное участие сами крестьянки. Крестьянская общественность вместе с медицинскими работниками и учительством должна развить среди крестьянства интерес к здоровым санитарным привычкам и принять всяческие меры к оздоровлению воспитания молодежи на дому и в школе.

На ближайшее время необходимо наметить следующие главнейшие задачи строительства здравоохранения в деревне:

1. Качественное укрепление существующей лечебно-санитарной сети и большее приближение ее к крестьянству.

2. Усиление акушерской и родильной помощи. Необходимо подготовить акушерок-общественниц.

3. Дальнейшее строительство детских яслей и детских консультаций, как учреждений, раскрепощающих женщину-крестьянку.

4. Широкая, массовая общественная борьба против подпольного аборта. Для лечения женских болезней надо иметь в окружных больницах и в некоторых межрайонных специальные женские койки.

5. Усиление общего и школьно-санитарного надзора и развитие среди крестьянства способов физического воспитания молодежи.

Необходимо еще раз подчеркнуть огромное значение для всего дела здравоохранения в деревне и, особенно, в области охраны материнства, младенчества и здоровья детей, участие широкой крестьянской общественности. От активности крестьянки, от ее участия в комиссиях советов зависит общее улучшение быта и труда крестьянства Белоруссии. Охрана материнства и младенчества должна, попрежнему, оставаться важнейшей работой органов здравоохранения, как средство раскрепощающее женщину и дающее ей возможность принять участие в строительстве государства. Дело охраны здоровья матери и ребенка находится в руках самой крестьянки. Строя новый, здоровый быт, ведя борьбу со старыми дурными привычками, унаследованными от прошлого, мы тем самым подготовляем нашу смену крепких здоровых борцов за пролетарскую революцию, за коммунизм.

На прощание, еще раз обращаюсь к Вам с призывом активнее итти в кооперацию, больше работать в комиссиях сельских советов и в комитетах крестьянской взаимопомощи.

Через крестьянскую общественность Вам будет легче помочь нашему правительству в трудной работе по строительству здравоохранения в деревне, в оздоровлении труда и быта белорусского крестьянства.

Постановление 2-го Всебелорусского С‘езда крестьянок по докладу Наркомздрава.

1. Второй Всебелорусский С‘езд крестьянок одобряет общую линию Наркомздрава Белоруссии по строительству здравоохранения в деревне и отмечает достижения, которые в основном сводились к следующему:

а) Количество средств, отпускаемых Правительством на лечебно-санитарные учреждения, обслуживающие деревню, увеличилось, сравнительно с прошлым годом, на 96 проц. и составляет 45,5 проц. всего государственного и местного бюджета здравоохранения.

б) Медицинская помощь несколько приблизилась к крестьянству. Число врачебных амбулаторий за год увеличилось с 166 до 191, а больниц—с 78 до 93. Количество коек возросло с 1.379 до 1.538.

в) Качество медицинской помощи улучшилось. Больницы стали больше получать на питание и медикаменты. Большая часть больниц и амбулаторий отремонтированы. Процент прогула коек сократился. Обращаемость болеющего крестьянства увеличилась.

г) Впервые в Белоруссии широко развернулась ясельная кампания в деревне, и началось строительство детских консультаций в районе.

д) Родильная помощь в деревне получила практическое оформление в организации родильных коек при районных больницах. Количество акушерских пунктов увеличилось.

е) Впервые крестьянство стало получать курортную помощь.

ж) Крестьянская общественность приняла активное участие в строительстве здравоохранения в деревне через санитарные комиссии районных и сельских советов.

2. Отмечая все эти достижения, С‘езд считает необходимым обратить внимание на целый ряд социально-экономических условий, которые значительно осложняют строительство здравоохранения в деревне.

Бедность белорусского крестьянства, разоренного империалистической и гражданской войной, близость к польской границе, скученность населения, отсутствие в городах развитой промышленности, примитивные формы ведения хозяйства, отсутствие культурных санитарных навыков создают для него крайне тяжелые условия быта.

Огромная детская заболеваемость, неудовлетворительное санитарное состояние школ, ставят под угрозу воспитание крестьянской молодежи.

3. С‘езд отмечает огромное значение в деле оздоровления труда и быта белорусского крестьянства—не только строительство новых учреждений по здравоохранению, но также и общее улучшение экономики крестьянского хозяйства, развитие нашей промышленности и под‘ем общей культурности.

4. С‘езд особенно обращает внимание Правительства на оздоровление труда и быта женщины-крестьянки, значение которой в крестьянском хозяйстве велико. Целый ряд так называемых женских болезней зависит от чрезмерного напряжения сил крестьянки, в непосильном труде и от неправильного образа жизни крестьянки, мало знакомой с культурными, санитарными навыками. Трудоспособность крестьянки резко понижается от недостаточной акушерской и родильной помощи, а также от аборта, проводимого подпольным способом у бабки-повитухи. Детская заболеваемость и смертность в раннем младенческом возрасте тесно связаны с детской беспризорностью во время летней страды, в пору горячих полевых работ. Широкое проведение мероприятий по охране материнства, младенчества и здоровья детей сохранят здоровье матери и ребенка.

5. С‘езд отмечает огромную социальную опасность, которую представляет аборт, все более и более распространяющийся в белорусской деревне и носящий подпольный характер. Аборт опасен не только, как сокращение прироста населения, а как возможная причина потери трудоспособности крестьянки, вследствие болезненных осложнений.

Борьба должна вестись, главным образом, против подпольного аборта, и проводиться через акушерку, школу и избу-читальню путем массового ознакомления крестьянок с последствиями аборта. Одновременно с этим, надо знакомить крестьянок с мероприяти .ми, предупреждающими беременность. Против бабок-повитух и знахарей надо широко поднять крестьянскую общественность, путем устройства массовых показательных судебных процессов.

6. Огромная детская заболеваемость зависит от домашних условий, в которых живет ребенок. Незнание, как его надо воспитывать, отсутствие санитарных навыков у матерей, неумение наладить питание ребенка, слабый санитарный надзор в школе—создают благоприятные условия для распространения детских болезней.

С'езд считает, что устранение этих явлений зависит, большей своей частью, в поднятии активности женщины-крестьянки в работе санитарных комиссий районных и сельских советов. Крестьянская общественность вместе с медицинскими работниками и учительством должны развить среди крестьянства интерес к здоровым санитарным навыкам, к физической культуре, к здоровым детским играм, и принять всяческие меры к оздоровлению воспитания молодежи на дому и в школе.

7. С'езд намечает следующие ближайшие задачи строительства здравоохранения в деревне:

а) качественное укрепление существующей лечебно-санитарной сети и большее приближение ее к крестьянству;

б) усиление акушерской и родильной помощи. Необходимо создать кадр акушерок-общественниц;

в) дальнейшее строительство детских яслей и детских консультаций, как учреждений, раскрепощающих женщину-крестьянку;

г) широкая, массовая общественная борьба против подпольного аборта. Эту борьбу надо развить под руководством медицинского персонала через школу, избу-читальню и санитарные комиссии Советов.

Необходимо раз'яснить крестьянкам мероприятия, предупреждающие беременность.

Для лечения женских болезней надо иметь в окружных больницах и в некоторых межрайонных специальные женские койки;

д) усиление общего и школьно-санитарного надзора и развитие среди крестьянства методов физического воспитания молодежи.

8. С'езд еще раз подчеркивает необходимость вокруг всего дела здравоохранения в деревне и, особенно, в области охраны материнства, младенчества и здоровья детей, широко поднять крестьянскую общественность. От активности крестьянки, от ее участия в комиссиях Советов зависит общее улучшение быта и труда крестьянства Белоруссии. Охрана материнства и младенчества должна попрежнему оставаться важнейшей работой органов здравоохранения, как средство, раскрепощающее женщину и дающее ей возможность принять участие в строительстве государства. Дело охраны здоровья матери и ребенка находится в руках самой крестьянки.

Проституция и очередные задачи по борьбе с нею.

Врач А. Н. Шапиро.

Буржуазные ученые и философы, находившиеся под влиянием школы итальянца Ломброзо, утверждали, что проституцией занимаются женщины, имеющие врожденную наклонность к этому, отягощенные болезненной психикой и признаками вырождения; они приравнивали женскую проституцию к преступности; истинных же причин—социально-экономических они не видели или правильнее—не желали видеть. В настоящее время школа Ламброзо с ее выводами решительно отвергнута новейшей наукой не только у нас в Советском Союзе, но и во многих государствах Запада.

Исходя из лживых предпосылок причин проституции, борьба в дореволюционной России и на Западе велась не с проституцией, а с проститутками, как главнымн виновниками распространения венерических болезней, особенно сифилиса, что единственно беспокоило государственные умы. Не стану останавливаться подробно на их методе борьбы (регламентации), который кроме эксплоатации и издевательства со стороны врачебно-полицейского надзора, реальных результатов не давал, количество венболезней не уменьшалось, а наоборот, ежегодно увеличивалось. Причина кроется в том, что производимое полицейскими врачами насильственное освидетельствование, носило поверхностный характер и в большинстве случаев пометка врача в книжке проститутки „здорова", вводило в заблуждение покупателей и способствовало распространению венболезней. В настоящее время проститутки часто просят удостоверения в том, что они совершенно здоровы; мотивы у них разные, но главный—пред'явление клиенту. Вендиспансеры, зная причину, удостоверения выдают только по требованиям учреждений. Февральская революция у нас, а затем в некоторых буржуазных государствах, освободила женщину, вовлеченную в проституцию в силу тяжелого экономического положения, от этого полицеизма-регламентации.

Для правильной организации борьбы с проституцией необходимо указать на причины, порождающие ее. По определению Н. А. Семашко причины заключаются в следующем:

1. Экономическая необеспеченность и эксплоатация трудящихся женщин.
2. Юридическое закабаление женщины и буржуазная система брака.
3. Бесприютность молодых девушек и женщин.

В подтверждение высказанных положений служит то обстоятельство, что с повышенным половым чувством мы встречаемся во всех классах, но на основании огромного статистического материала огромное большинство (90 проц. и больше) проституток составляют трудя-

щиеся крестьянки, домашние работницы и мещанки и только два проц. падает на среду дворянок; 80 проц. всех проституток—беспризорные (цифры из доклада Семашко на с'езде венерологов). Известно, что в довоенное время деревенские девушки малоземельных крестьян вынуждены были искать заработка в городе на фабрике. Не получив в городе работы и, не желая погибнуть от голодной смерти, они попадали посредством хищников-сводников в публичные дома. Эти сводники на вокзалах выслеживали жертвы, предлагая им хорошие квартиры, одежду и питание до приискания места. Вторая категория лиц, пополняющая кадры проституции—домашние работницы (прислуги), которые, будучи обмануты своими хозяевами и выкинуты на улицу, не найдя службы, в виду отсутствия квалификации, вынуждены были итти по пути разврата, беспризорные, и, наконец, матери по буржуазному законодательству обремененные „внебрачными детьми", не получавшие пособия и не имевшие возможности получить работы. Таким образом, главная масса проституток вербуется из экономически необеспеченных женщин.

Центральный совет по борьбе с проституцией в БССР предложил Минскому диспансеру выяснить социальный состав лечащихся проституток в вендиспансере. Наш материал очень мал, но все-же представляет ценность для иллюстрации сказанного. Весь наш материал состоит из 36 случаев.

Из них 15 больных триппером острым	42,6 проц.	одновременно из них больны сифилисом без акт. явлений 8—53,3 проц.
„ „ 21 „ сифилисом . . .	58,4 „	Одновременно больны хроническ. триппером без акт. явлений 9—42%

Возрастной состав:

От 10—15	1
„ 18—21	14
„ 21—25	9
„ 25—30	8
„ 30—40	3
„ 40—50	1
	36

Национальный состав:

Белорус.	18—50	проц.
Евреек	10—27,8	„
Полек	2— 5,2	„
Русск.	2— 5,2	„
Проч.	4—11,8	„
	36—100	„

Алкоголь употребляют	29 — 80,5	проц.
„ не употребляют	7 — 19,5	„
Условия:		
в своей семье	12 — 33,5	„
чужой общ. комн.	18 — 50	„
отд. комнаты	2 — 5,5	„
не имеют постоянных кв.	4 — 11	„

Сколько лет занимаются проституцией:

1 год	6 ч.	16,7	„
2 „	8 „	22,2	„
3 „	4 „	11,1	„
Более	18 „	50	„

Образование:

Низшее	2 — 5,4 „
Грамотн.	14 — 38,8 „
Малограм.	10 — 27,9 „
Неграмотн.	10 — 27,9 „

Обычные профессии:

Умствен. труд	1 — 2,7 „
Чернорабоч.	13 — 36,3 „
Земледел.	4 — 11,1 „
Домашн. хозяек и домашн. работниц	14 — 38,8 „
Неопред. занятий	4 — 11,1 „

Анализируя эти цифры мы приходим к подтверждению сказанного.

Необходимо отметить чрезвычайно важный фактор, что во время военного коммунизма, несмотря на тяжелое экономическое положение, проституция во всех городах союза резко пала. Об'яснение находим в том, что наша республика представляла единственную страну в мире, которая не только не страдала от безработицы, но вынуждена была прибегать к системе трудовой повинности. Совершенно иное явление мы видим в начале развития НЭП'а, когда начинаются сокращения и в первую очередь происходит сокращение неквалифицированных работниц, которые вынуждены заняться проституцией; второе тяжелое последствие НЭП'а—создание спроса на проституцию. Государственными, союзными органами было обращено внимание на рост проституции и сделаны соответствующие указания о более мягком подходе по отношению к женщинам со слабой экономической базой.

Подходя к вопросу почему мы должны бороться с проституцией нам необходимо указать тот огромный вред, который проституция наносит обществу и государству. Заключается в следующем:

1. Проституция отвлекает работницу от активного труда, государство лишается рабочей силы в самом здоровом возрасте и, как практика показала, проститутка навсегда выбивается из кадра трудящихся.

2. Проститутка гибнет морально в смысле сексуальном, физически от полового излишества (иногда количество половых сношений в течение ночи доходит до 25) жизнь ее праздная, не продуктивная, приносящая огромный вред (передача венболезней), но тяжелая.

3. Проститутка легко поддается дурному влиянию, привыкает ко лжи, злоупотребляет алкоголем и наркотикой.

4. Чрез полгода обязательно заражается триппером, а через год сифилисом, имея половые сношения в среднем с 600 мужчинами в год, она их заражает обоими венболезнями и

5. Наконец все проститутки выбывают из строя, как матери. Не принимая мер предохранения почти никто из них не беременеет.

Ознакомившись вкратце с огромным вредом, наносимым проституцией, нам станет ясно, почему государством уделяется столько внимания для борьбы с проституцией. Касаясь методов борьбы с проституцией необходимо указать, что буржуазное государство, не признавая экономических причин проституции, применяет свои меры борьбы, направленные главн. обр. против проституток, как виновниц распространения венболезней, но не против проституции. Сов. республика, сознавая, что причины проституции—тяжелое экономическое положение

женщин, ведет борьбу не против проституток, а против проституции, исходя из основной предпосылки (экономической) Ц. С. по борьбе с проституцией в Белоруссии в своем плане работы наметил следующие пункты:

1. Настаивать на обязательном выполнении опубликованных НКТ указаний предприятиям и учреждениям проявлять при увольнении женщин, вызываемом сокращением штатов, особую осторожность в отношении наиболее необеспеченных и экономически неустойчивых групп женщин (одинокие женщины, беспризорные девушки, беременные и и женщины с малолетними детьми). Контроль за проведением указанных мероприятий должен производиться делегатками-работницами, входящими в местные комиссии по охране труда. О несоблюдении этих требований должно доводиться до сведения совета через представителей женотдела.

2. Развить широкую пропаганду об организации безработными женщинами недостаточной квалификации производственных артелей промышленного и земледельческого типа. Эти артели должны организовываться при широком участии местных хозорганов и поставлены в благоприятные условия.

3. Предложить посредбюро широко использовать женский труд (безработных) на общественных работах.

4. Добиться при содействии женотдела, профбюро и профсоюзных организаций, особенно нарпита, насчитывающего кадр домашних работниц, неквалифицированных, дающий самый большой процент проституток, поднятия квалификации женщин, организовав курсы, на которых часть безработных женщин могла бы быть подготовлена к квалифицированному труду.

5. Предложить Охматдету в первую очередь принимать в детские учреждения детей женщин безработных.

6. Органам милиции усилить административный надзор за всеми местами (кафэ, гостинницы, парки, бани), где может иметь место вовлечение трудового населения в разврат и женщину в проституцию. Работа органов надзора должна вестись в контакте с женотделом и профсоюзными организациями, причем старые методы надзора, облавы, преследование проституток, принудительное их освидетельствование, приводившие не к защите женщины, а к их угнетению, должны быть решительным образом отвергнуты.

7. Карательным органам необходимо повести беспощадную решительную борьбу с посредниками и пособниками проституции, содержателями домов свиданий, притонодержателями.

8. Просить ВСР поставить целый ряд показательных процессов по делам о нарушении ст. 170, 171 угол. кодекса.

9. Предложить вендиспансеру:

а) провести путем лекций, сансудов и инсценировок последовательную, санитарно-просветительную работу по ознакомлению широких масс рабочих с сущностью венболезней, методами борьбы с ними, гигиеной половой жизни, уделяя много внимания вопросу о причинах проституции, опасности и роли ее в распространении венболезней;

б) провести широкую агитацию среди рабочей молодежи за то, что трудящимся позорно пользоваться тяжелым положением женщины для купли ее тела, стремясь создать моральную обстановку, препятствующую рабочим пользоваться проституцией: к этой работе должны быть привлечены партийные и профессиональные работники наравне с работниками диспансера;

в) имея связь с больными проститутками—диспансеру изучить социальный состав, бытовые и экономические условия их жизни, образ половой жизни, условия заражения венболезнями.

Несмотря на то, что центральный совет по борьбе с проституцией охватывает представителей широких масс трудящихся, однако сознает, что без активной поддержки самих рабочих масс, государственных, общественных и хозорганов, совет не справится с задачей, а потому призывает всех трудящихся помочь ему в этой тяжелой работе.

Нервные заболевания в Белоруссии по материалам клиники нервных болезней БГУ и НКЗ*).

Проф. М. Б. Кроль и ординатор Ф. А. Богорад.

Материал клиники нервных болезней Белорусского Государственного Университета не дает нам права делать выводы о количестве тех или иных нервных болезней в Белоруссии. Находясь в столице Белоруссии, в Минске, узловой станции двух железных дорог, она отражает преимущественно болезни населения Минска и Минского округа. Действительно из обращавшихся в амбулаторию не более одной четверти относится к другим округам. Тем не менее нервные больные, проходившие через амбулаторию клиники, в общем дают правильное представление, если не о количестве, то о характере нервных заболеваний в республике. Если наш материал сравнить с таковым, с которым мы оперировали в Москве, то нельзя не отметить некоторых весьма интересных различий.

Прежде всего следует взять за скобку крайне характерную специфическую реакцию здешнего обывателя на свою болезнь. Это относится не только к нервным больным, но и к страдающим другими заболеваниями. Всякому больному свойственен в большей или меньшей степени тот тип мышления, который Bleuler охарактеризовал как аутистически-недисциплинированный. Однако здешнее население обладает этим типом мышления в крайне преувеличенных размерах. Бесконечное количество жалоб, самое тщательное, почти любовное изложение каждой из них, крайне наивный подход к симптомам, фантастические об'яснения этиологии заболевания, подробнейшее описание применявшихся разными врачами методов лечения обнаруживают такое примитивное, фило и онтогенетически низкое мышление, которое далеко не всегда соответствует общему культурному уровню больного. Подобно дикарям и детям они не обладают никакой способностью синтезировать свои жалобы. Для каждой жалобы им нужен отдельный совет. Еще более относится такое „плоское мышление" (Раскина) к родным больных. Кроме невежества относительно элементарнейших медицинских знаний здесь еще играют роль: особая примитивная установка, малая культурность, привычка к фельдшеру, но также и особенная эмоциональная реактивность, которая свойственна прежде всего истерическим суб'ектам. Эта реакция хорошо знакома всем имевшим дело со здешним болеющим населением. Выразительные движения, мимика и жестикуляция сопровождают рассказ о болезнях, в значительной мере заменяя или дополняя слова. Знать эти особенности необходимо каждому врачу, особенно невропатологу. Бесконечные, разнообразные и многозначительные жалобы иногда в состоянии создать впечатление, что речь идет только о заболевании функционального характера, об истерии или неврастении, даже там, где имеется еще ядро органическое. Необходимо учитывать эти особенности здешних больных, чтобы не впасть в ошибки. С одной стороны здесь возможна недооценка действительно органического заболевания, симптомы котораго тонут в море истерических реакций.

*) Доложено в заседании мед. секции Инбелкульта.

С другой стороны наоборот переооцениваются иногда истерические реакции и ставятся органические диагнозы, где имеется лишь истерия в чистом виде. У нас было много примеров и того и другого. Так в последней группе были больные, где весьма опытными врачами ставились диагнозы: спондилит, апоплексия, собачье бешенство и т. п., где к величайшему удивлению родных больные „выздоравливали" в несколько минут. Из первой группы упомяну о случаях, где опытными врачами ставились диагнозы истерии, а на деле оказались: опухоль мозга, энцефалит, табические кризы, спондилит и. т. п.

Для настоящей статьи обработке подвергся поликлинический материал нервной клиники, прошедший через амбулаторию за первый год ее существования в количестве 5089 чел. Из них более 400 прошли через стационарное отделение клиники. Мужчин было 2906, женщин—2184. По диагнозам они разбиваются на следующие группы:

Таблица № 1.

	Мужчины	Женшины	ВСЕГО
Неврастения	848	284	1.142
Истерия	94	409	503
Травм. невроз	45	—	45
Эпилепсия	156	97	253
Эпид. энцефалит	108	48	156
Сифилис н. системы	101	37	138
Парасифилитич. забол. нервной системы	59	8	67
Заболевания сосудов головного мозга	73	47	120
Детский паралич	24	45	69
Пораж. периф. нервов, корешков и сплетений	128	77	205
Невралгии и „головная боль"	229	172	401
Др. орг. пораж. н. с.	201	123	324
Расстр. эндокр. желез и вегет. н. системы	39	128	167
Заикание	14	—	14
Недерж. мочи	12	4	16
Душевные болезни	103	69	172
Разные др. не нервные заболевания	294	389	683
Испытуемые	53	—	53
Без диагноза	247	215	462
С диагнозом „nihil"	77	22	99
ВСЕГО	2.905	2.184	5.089

Как видно из этой таблицы, среди материала нервной клиники попадались 172 душевно-больных, 683 больных с заболеванием

внутренних органов, где нервные жалобы только маскировали заболевания других органов, 53 были испытуемые, 462 остались без диагноза, вследствие того, что они отсылались или для дополнительных исследований или к другим специалистам и потом уходили из поля зрения клиники. Наконец, у 99 б-ых никаких уклонений от нормы не было. Если мы из всего количества в 5089 человек выделим указанные категории, то остается 3620 человек с исключительно нервными заболеваниями. Среди них 2131 мужчин и 1489 женщин. По национальностям они распадаются на 2146 белоруссов и русских, из них громадное число белоруссов, не менее 96-97% и 1474 еврея, т. е. 64,2% русских и белоруссов и 36,8% евреев. По болезням они распадаются на следующие группы:

Таблица № 2.

Название болезни.	Мужчин		Женщин		Всего	
	Белор.	Евреев	Белор.	Еврeек	Белор.	Евреев
Неврастения	524	324	154	140	678	464
Травм. невроз	34	11	—	—	34	11
Истерия	56	38	233	176	289	214
Эпилепсия	94	62	48	49	142	111
Эпид. энцефалит	61	47	21	27	82	74
Сифилис нервной системы	72	29	32	5	104	34
Паралюэс „ „	51	8	6	2	57	10
Заболевания сосудов головного мозга	54	19	22	25	76	44
Детский паралич	15	9	28	17	43	26
Пораж. периферической нервной системы	83	45	43	34	126	79
Невралгии и головные боли	135	94	69	105	204	199
Др. орг. пор. н. с.	142	59	76	47	218	106
Расстр. эндокр. желез и вегет. н. сист.	19	20	56	72	75	92
Заикание	11	3	—	—	11	3
Недерж. мочи	8	4	1	3	9	7
Всего	1359	772	787	702	2146	1474

Всего случаев нервн. болезней **3620.**

Из этой таблицы видно, что среди нервно-больных амбулатории клиники больных с функциональными страданиями (неврастения, истерия и травматический невроз) было всего 1690 или 46,68 %, больных **органиков**—1930 или 53,32 %. Если вычислить процент функциональ-

ных и органических больных у белоруссов и у евреев по отношению к общему числу нервно-больных белоруссов и евреев, то получится удивительное совпадение. Из всех белорусских нервно-больных было 46,64 % с функциональными нервными болезнями и 53,36 проц. с органическими. Из всех евреев нервно-больных было 46,59 с функциональными и 53,41 проц. с органическими нервными заболеваниями. Эти цифры не совпадают с данными Л. С. Минора, который в своей замечательной работе об особенностях нервных болезней у евреев приходит к выводу, что „органические страдания нервной системы значительно более часты у христиан, чем у евреев". Мы еще не раз в дальнейшем увидим, насколько ярко на нашем материале сказывается нивеллирующие влияние общей окружающей среды.

Если обратиться к группе органических нервных болезней, то из таблицы № 2 видно, что среди них довольно видное место занимают сифилитические и парасифилитические заболевания нервной системы. Всего их было 205 чел., т. е. немного более 10 проц. всех наших органиков. По национальностям они распределяются так: евреев было 44, белорусса 161. Из 161 белорусса было 57 проц. с парасифилисом, т. е. около 35 проц., из 44 евреев 10, т. е. около 23 проц. Если прикинуть число больных сифилисом и парасифилисом нервной системы к общему числу нервно-больных по национальностям, то получится, что из всех белоруссов оказалось 4,7 проц. с сифилисом и 2,65 с парасифилисом нервной системы. Из всех евреев 2,3 проц. с сифилисом и 0,67 с парасифилисом нервной системы. Следовательно, евреев с сифилисом нервной системы было относительно вдвое меньше, а с парасифилисом почти вчетверо (3,9) меньше чем белоруссов. Иными словами евреи с сифилисом нервной системы, на основании нашей статистики, имеют как бы в два раза меньше шансов заболевать парасифилисом нежели не евреи.

Эти цифры представляют некоторый интерес исторического характера. Как известно, среди доказательств сифилитической этиологии спинной сухотки фигурировали в литературе и данные Л. С. Минора относительно частоты сифилиса и спинной сухотки у евреев. У его русских пациентов сифилис встречался в 5 раз чаще, чем у евреев. Также и спинная сухотка встречалась у них в 5 раз чаще чем у евреев. Это совпадение дало Л. С. Минору право сделать вывод об этиологическом значении сифилиса для спинной сухотки. Но вот что для нас представляется крайне любопытным. В шестом пункте своих выводов Л. С. Минор писал: „жизнь евреев в центральных русских городах грозит им ассимиляцией в этом смысле с коренным населением". Наши данные говорят об ассимиляции в этом случае не только в центральных русских городах, но и в Белоруссии. За это говорит то, что по нашей статистике сифилис нервной системы у белоруссов оказался лишь в $2^1/_2$ раза чаще, чем у еврейского населения, которое по данным Л. С Минора заболевает в 5 раз реже. Чем об'яснить еще более редкую заболеваемость евреев спинной сухоткой и прогрессивным параличем среди нашего материала, сказать трудно. Материал психиатрический к нам попадал сравнительно редко. Данные Sichel'я Pilcz'а и др. говорят в пользу частоты заболевания еврейского населения прогрессивным параличем. Так или иначе следует сдать в архив легенду о том, что сифилис встречается у евреев много реже, чем у русских. Наши данные говорят в известной степени о происходящей в этом смысле ассимиляции. М. б. редкие случаи tabesa среди евреев следует об'яснить тем, что сифилис у них сравнительно свежего происхождения, а за последнее время как будто повсюду замечается уменьшение числа больных спинной сухоткой (или вследствие изменения свойств спирохеты или вследствие малярийных

эпидемий?). На прилагаемых таблицах 3 и 4 видно распределение случаев по полу, возрасту и по округам.

Таблица № 3.

Сифилис нервной системы.

	Мужчин 101	Женщин 37	Всего 138
Сифилис головного мозга . .	51	13	6
„ церебро-спин. . . .	17	16	64
„ спин. мозга . . .	25	6	31
Брахиальгия люэтическ. . . .	1	—	1
Врожденный сифилис	3	2	5
Парез лиц. нерв. люэтический .	1	—	1
Радикулиты люэтические . .	3	—	3
Г. Минск	66	27	93
Минский округ	14	6	20
Бобруйский „	5	1	6
Витебский „	4	—	4
Слуцкий „	3	—	3
Борисовский „	4	2	6
Оршанский „	2	1	3
Мозырский „	1	—	1
Полоцкий „	2	—	2
До 10 лет	—	1	1
От 10 „ 20 „	5	1	6
„ 20 „ 30 „	21	8	29
„ 30 „ 40 „	29	9	38
„ 40 „ 50 „	20	10	30
„ 50 „ 60 „	13	5	18
От 60 и свыше	2	1	3
Неизвестного возраста . . .	11	2	13

Таблица № 4

Парасифилис нервной системы.

	Мужчин 59	Женщин 8	Всего 67
Спинная сухотка	49	6	55
Прогрессивный паралич . . .	10	2	12
Г. Минск	38	7	45
Минский округ	6	—	6
Оршанский „	4	1	5
Бобруйский „	5	—	5
Борисовский „	2	—	2
Калининский „	3	—	3
Мозырский „	1	—	1
От 20 до 30 лет	2	—	2
„ 30 „ 40 „	23	1	24
„ 40 „ 50 „	25	1	26
„ 50 „ 60 „	6	—	6
„ 60 и свыше	3	—	3
Неизвестного возраста . . .	—	6	6

Таблица № 5.

Заболевания сосудов головного мозга.

	Мужчин	Женщин	Всего
	73	47	120
После энцефалита .	7	8	15
„ тифа . .	11	2	13
„ ушибов .	3	—	3
„ эмболии .	4	7	11
Сифилит. . .	10	3	13
Кровоизлияние и тромбоз . .	38	27	65
г. Минск . .	37	21	58
Минский округ .	14	14	28
Борисовский „ .	3	3	6
Калининский „ .	2	—	2
Мозырский „ .	2	1	3
Витебский „ .	1	—	1
Могилевский „ .	2	—	2
Оршанский „ .	1	4	5
Слуцкий „ .	5	2	7
Бобруйский „ .	6	2	8
До 10 лет . .	3	4	7
От 10 до 20 л. .	3	5	8
„ 20 „ 30 „ .	21	13	34
„ 30 „ 40 „ .	13	9	22
„ 40 „ 50 „ .	10	7	17
„ 50 „ 60 „ .	11	6	17
„ 60 „ 70 „ .	7	2	9
„ 70 и выше .	1	—	1
Неизв. возраста .	4	1	5

Заболеваний сосудов головного мозга (см. табл. № 5), повлекших за собою в громадном большинстве стойкие гемиплегии, было всего 120. Из них большинство на почве тромбоза или кровоизлияния. Небольшая часть развилась после инфекционных заболеваний, давших локализацию в области распределения более крупных сосудов мозга. Бросается в глаза сравнительно большой процент случаев, относящихся к возрастным группам от 20-30 лет и от 30-40 лет.

Сравнительно большое число наших больных относится к острым инфекциям нервной системы. Больных с эпидемическим энцефалитом было всего 156. Из них свежих случаев (до января с. г.) было 16, принявших хроническое течение 140. Распределение их по округам, полу и по возрастным группам видно из прилагаемой таблицы № 6. Громадное большинство больных с эпидемическим энцефалитом относилось к паркинсоновскому типу и лишь 12 к другим формам (хореической, миоклонической и т. п.). Из расстройств сна почти в одинаковой мере наблюдались и сонливость и бессонница. Громадное большинство этих больных от первоначального острого заболевания выздоравливали было и даже стали заниматься своими профессиями, а затем лишь через 1-2 года вновь заболевали.

Таблица № 6.

Эпидемический энцефалит.

	Мужчин 108	Женщин 48	Всего 156
Свежие случаи	10	6	16
Хронические с переходом в паркинсонизм	91	37	128
Хронические, не паркинсоники.	7	5	12
г. Минск	52	22	74
Минский округ	21	12	33
Оршанский „	3	—	3
Слуцкий „	7	5	12
Мозырский „	3	2	5
Полоцкий „	3	—	3
Витебский „	1	—	1
Борисовский „	7	—	7
Бобруйский „	9	5	14
Могилевский „	1	—	1
Калининский „	1	2	3
До 10 лет.	5	—	5
От 10 л. до 20 л.	20	15	35
„ 20 „ „ 30 „	40	15	55
„ 30 „ „ 40 „	18	9	27
„ 40 „ „ 50 „	9	6	15
„ 50 „ „ 60 „	7	1	8
Неизв. возраста	9	2	11

Больных полиомэлитом обращалось к нам всего 69 челов., из них в острой стадии 15, а с остатками полиомиэлита 54. Из нашей клиники списано ассистентом клиники *М. А. Хазановым* эпидемия полиомиэлита в Заславльском и в Койдановском районах. Это является первым описанием эпидемий детского паралича не только в пределах Белоруссии, но и всего нашего Союза. Работа напечатана в этом-же номере журнала, и мы поэтому на этих данных не останавливаемся (см. табл. 7).

Из острых инфекций упомянем еще о пляске св. Витта—33 случая, со значительным преобладанием у евреев (см. табл. 8).

Poliomyelitis anterior.

Таблица № 7.

	Мужчин	Женщин	Всего
	24	45	69
Острых случаев	3	12	15
Хронических „	21	33	54
г. Минск . .	10	17	27
Минский округ .	7	16	23
Слуцкий „ .	2	3	5
Борисовский „ .	1	1	2
Бобруйский „ .	2	6	8
Калининский „ .	1	—	1
Мозырский „ .	1	—	1
Витебский „ .	—	1	1
Могилевский „ .	—	1	1
До 10 лет . . .	15	26	41
От 10 „ до 20 л. . .	8	9	17
„ 20 „ „ 30 „ . .	1	6	7
„ 30 „ „ 40 „ . .	—	2	2
Неизв. возраста . .	—	2	2

Сравнительно много было больных с множественным воспалением нервов, отчасти инфекционного, отчасти токсического происхождения. К инфекционным полиневритам относятся полиневриты после тифа при Heine-Medin'овской болезни. Токсические полиневриты развивались у наших больных преимущественно после мышьяка, который принимался, с целью самоубийства.

Среди хронических органических заболеваний центральной нервной системы следующее за сифилисом и эпидемическим энцефалитом место занимает множественный склероз—60 случаев (см. табл. 8). Резко бросается в глаза значительное преобладание среди этих б-ых белоруссов и русских над евреями. Последних было всего 11 или 0,8 проц. всех евреев нервнобольных, белоруссов было 19, т. е. 2,3 проц. всех больных белоруссов. Часть продолжала заниматься своей профессией и на наших глазах проделывала ремиссии. Значительная же часть находилась в состоянии довольно плачевном. Большей частью эти формы относились или к поражению пирамидной системы, значительно реже к классической форме Charcot, которая среди нашего материала попадалась не более, чем в 5,6 проц. В большом числе случаев имелись изменения со стороны глазного дна. Из наиболее постоянных симптомов следует указать на отсутствие брюшных рефлексов и на головокружение. Последнее в анамнезе решительно никогда не отсутствовало. В некоторых случаях, до поры до времени, в клинической картине отсутствовала множественность.

Таблица № 8.

НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНИ	Различные органические поражения нервной системы																						
	Мужчин	Женщин	г. Минск	Минск. окр.	Мозырский	Слуцкий	Борисовск.	Бобруйск.	Оршанск.	Витебск.	Калининск.	Полоцк.	Могилев.	До 10 лет	От 10-20 л.	От 20-30 л.	От 30-40 л.	От 40-50 л.	От 50-60 л.	От 60 и в.	Неизв. в.	Еврей	Не евреи	ВСЕГО
Множеств. склероз	36	24	20	25	1	1	4	4	1	3	—	1	—	—	5	15	25	7	6	—	2	11	49	60
Глиоз	21	11	20	4	1	2	2	—	1	—	1	—	1	—	4	15	8	3	1	1	—	13	19	32
Миопатия	15	8	6	7	2	—	3	2	3	—	—	—	—	1	7	7	2	3	1	—	2	4	19	23
Хорея	11	22	15	4	—	1	—	8	2	1	1	1	—	5	27	1	—	—	—	—	—	23	10	33
Атетоз	7	4	3	4	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	3	8	—	—	—	—	—	4	7	11
Тик	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	1	3	4
Кривошея	4	2	3	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	1	1	3	—	—	1	—	—	3	3	6
Б. Литтля	6	1	3	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	5	1	1	—	—	—	—	—	3	4	7
Б. Вильсона	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Б. Фридрейха	4	1	—	3	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—	—	—	2	3	5
Б. Паркинсона	—	8	4	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	3	2	1	4	4	8
Наследств. дрожание	7	2	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	2	1	1	3	6	9
Амиотр. бок. склероз	2	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	1	2	3
Фуникул. миэлоз	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1
Цисцицеркоз мозга	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1
Лобарный склероз	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Диффузный склероз	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Опухоли головного м.	16	7	8	3	—	1	2	2	2	2	2	—	1	1	1	4	9	4	3	1	—	7	16	23
Абсцесс мозга	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1
Опухоли сп. мозга	6	1	3	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	2	—	2	—	1	2	5	7
Травм. повр. сп. и гол. моз.	26	2	18	8	—	—	1	—	1	1	—	—	1	2	2	6	9	6	—	1	2	8	20	28
Заболевания оболочек	4	7	6	3	—	—	2	—	—	—	—	—	—	3	5	1	1	1	—	—	—	3	8	11
Микроцефалия	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Оксицефалия	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	1	2
Гидроцефалия	5	3	4	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	6	2	—	—	—	—	—	—	3	5	8
Полиоэнцефалит	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
После инфекц. энцеф.	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
Миэлит после родов	—	2	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	2
Бульбарный паралич	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1
Нейрофиброматоз	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1
Туберк. спондилит	20	10	15	8	2	1	2	—	—	2	—	—	—	—	8	8	5	7	—	1	1	7	23	30
ВСЕГО	201	123	149	73	8	7	21	17	16	10	6	2	5	28	70	87	64	34	21	9	11	106	218	324

Положительно чаще, чем в центральных городах Союза, встречается среди нашего материала глиоз. Всего было 32 случая глиоза (см. табл. 8) или 0,88 проц. всех наших нервнобольных. Оценить эту цифру может лишь тот, который знает, как трудно напр. в Москве добывать для лекций сирингомиэлитика. Чем об'яснить такую частоту? Следует лишь вспомнить, что в основе глиоза лежат дефекты развития центральной нервной системы, дефекты нормальной дифференциации нервных элементов. С глиозом часто сочетаются и другие дефекты развития, как шейные ребра, полимастия и др. Думается, что сравнительная частота глиоза среди нашего материала не является случайностью, а действительно отражает его частоту среди населения. Глиоз часто тянется долгое время, не доставляя больному никаких больших неприятностей, пока процесс не достигнет значительного развития, и наступают ожоги, трофические расстройства. У нас бывали случаи, когда больные попадали к нам после того, как долгие годы лечились у хирургов от панариций, суставных страданий, вывихов и т. п. Нет сомнения, что и среди так называемого здорового населения не мало имеется суб'ектов, страдающих глиозом. Поражает у подобных больных их исключительное терпение и „хороший характер". Они мало жалуются, несмотря иногда и на большие разрушения тканей. Может быть это зависит не только от их „конституции и темперамента", сколько от того, что глиозный процесс поражает чувствительные пути, проводящие не только боль, но и другие неприятные ощущения экзо-эндогенного происхождения. Большой процент среди наших больных глиозом относился к Morvan'овскому типу.

К дегенеративным формам следует далее отнести и миопатии, которых среди нашего материла было 23 с явным преобладанием среди русско-белорусского населения (19 : 4 см. табл. 8) и Фридрейхову болезнь (5 случаев) с явно выраженной семейностью. В одной семье оказались трое страдающих Фридрейховой болезнью. У двоих из них имелись чрезвычайно резкие расстройства чувствительности. Отчасти к дефектам развития следует отнести и опухоли центральной нервной системы, среди которых в нашем материале больше всего было глиом. Всего их было 30, из них 23 опухоли головного мозга и 7 спинного мозга. В большинстве случаев опухоли локализировались в мозговом стволе или в глубоких частях головного мозга и кроме того по своему характеру они были неэкстирпируемы. В одном случае имелись у одного больного две совершенно независимых друг от друга опухоли.

Нельзя не отметить сравнительно большого количества гиперкинезов. Связанные с заболеванием подкорковых центров, они своей частотой указывают на наиболее уязвимые места нервной системы у наших больных, места, которые являются центром и вегетативной нервной системы. Из гиперкинезов помимо вышеупомянутых случаев эпидемического энцефалита и хореи были 11 случаев атетоза, 4 случая тика, 6 больных кривошеей, 9 с наследственным дрожанием—в семьях последних имелись и многодетность и долголетие (МИНОР)—8 типичных паркинсоников без предшествовавшего эпидемического энцефалита, 1 случай Вильсона, 7 раз наблюдалась типичная болезнь Литтля.

Из более редких заболеваний, которых мы среди нашего Московского материала ни разу не наблюдали, можно отметить фуникулярный миэлит. В обработанном в настоящей статистике материале указан лишь один случай. Но в настоящее время у нас имеются уже 5 случаев. Из них в двух связь с пернициозной анемией определенно установлена. В двух других имеется подозрительная ахилия. В одном имеется явная недостаточность надпочечников. Отмечу еще три случая

амиотрофического бокового склероза и 1 случай бульбарного паралича, два случая диффузного или лобарного склероза мозга. Еще отмечу 1 случай цистирцекоза головного мозга, подтвержденного аутопсией.

Сравнительно часто у нас встречались случаи туберкулезного спондилита (30 случаев) с явлениями сдавления спинного мозга, преимущественно в грудной части или сдавления корешков. В 28 случаях имелись травматические повреждения или тупым или острым оружием головного и спинного мозга, большей частью давнившего происхождения, в некоторых случаях более свежего. Местный колорит эти травмы приобретают благодаря тому, что большой процент среди них получен во время налетов бандитских шаек, которых было довольно много близ границы. Наконец упомяну об 11 случаях менингита, 8 случаев водянки головного мозга, о 2 случаях микро—и стольких-же оксицефалии.

Таблица № 9.

Поражение перифер. нервов, корешков, силетений.

	Мужчин 128	Женщин 78	Всего 205
Поражение лицевого нерва	41	33	74
„ седалищного „	20	9	29
„ зрительного „	6	2	8
„ лучевого „	12	5	17
„ глазодвигат. „	4	1	5
„ peronei „	3	1	4
„ axillaris „	1	4	5
„ срединого „	5	—	5
„ локтевого „	11	4	15
„ auiriculo-tempor „	—	1	1
„ слухового „	—	2	2
„ блуждающего „	—	—	2
„ плеч. сплетения	10	1	10
„ множ. нервов „	7	13	20
„ 3. корешков „	8	—	8
Г. Минск.	81	44	125
Минский окр.	18	14	32
Витебский „	3	2	5
Оршанский „	2	3	5
Мозырский „	1	1	2
Могилевский „	2	—	2
Борисовский „	6	1	7
Слуцкий „	5	4	9
Бобруйский „	8	6	14
Калининский „	2	2	4
До 10 лет	4	7	11
От 10 „ 20 „	8	17	25
„ 20 „ 30 „	42	16	58
„ 30 „ 40 „	28	8	36
„ 40 „ 50 „	13	9	22
„ 50 „ 60 „	13	7	20
„ 60 „ 70 „	7	4	11
„ 70 „ 80 „	1	3	4
Неизв. возр.	12	6	18

Среди поражений периферических нервов (см. табл. 9) на первом месте стоят параличи лицевого нерва (74). Из них в нескольких случаях лицевой нерв пострадал на основании мозга или вследствие трещин черепа (в двух случаях бандитского нападения) или вследствие базального люэтического процесса. В некоторых случаях паралич лицевого нерва развился после оперативного вмешательства в области околушной железы. В нескольких случаях имелось двухстороннее поражение лицевого нерва перифирического характера. Некоторые случаи следует поставить в этиологическую связь с общей нейротропной инфекцией, как напр. Heine-Medin'овской болезнью, эпидимическим энцефалитом и даже с собачьим бешенством или прививками. Сравнительно часты были воспаления и травмы седалищного нерва (29 случаев). Сюда не входят случаи ишиаса, а также те случаи, где болезнь седалищного нерва стояла в связи с заболеваниями соответствующих корешков. Из поражений нервов верхних конечностей на первом месте стояли поражения лучевого (17) и локтевого (15). Другие подробности видны из табл. 9.

В этом же месте приведем и данные относительно невралгий. С такими заболеваниями обращались к нам 259 больных (см. табл. 10). Из них громадное большинство относилось к ишиасу—163 случая. Некоторая часть последних имела профессиональную этиологию (деревообделочники, грузчики и т. п.). Большая часть случаев ишиаса, как и других невралгий, должна была быть связана с интоксикациями, преимущественно туберкулезной. В некоторых случаях можно было установить и малярийную этиологию. В 35 случаях головной боли не удалось найти каких бы то ни было удовлетворявших нас этиологических моментов. В части подобных цефалалгий речь шла о гиперпродукции спинно мозговой жидкости. При поясничном проколе мы в таких случаях констатировали повышенное давление жидкости, не дававшей при исследовании никаких уклонений от нормы. После подобных пункций больные чувствовали нередко значительное облегчение и просили о повторении пункций. Повидимому в подобных случаях можно принять проявление известной ваготонии в виде усиления секреторной функции, аппаратов, продуцирующих спинно-мозговую жидкость.

Таблица № 10.

Невралгии, головные боли, мигрень.

	Мужчин 229	Женщин 172	Всего 401
Невралгии	148	111	259
Невралгия n. crurlis	1	—	1
Ишиас	95	68	163
Н. Тройничного н.	14	13	27
„ Межреберная	6	10	16
„ Брахиалгия	15	11	26
„ Мералгия	3	1	4
„ Рахиалгия	3	—	3
„ Миалгия	5	3	8
„ Артралгия	2	—	2
„ Гастралгия	1	—	1
„ Затыл. н.	2	2	4
„ Сакралгия	—	1	1
„ Солнечного сплетения.	—	1	1
„ Верхне-глазничного н.	—	1	1
„ Каузалгия	1	—	1

	Мужчин	Женщин	Всего
Поясничная боль . .	50	24	74
Головная боль . . .	21	14	35
Мигрень	10	23	33
Г. Минск	167	145	312
Минский окр. . .	27	19	46
Слуцкий „ . . .	8	3	11
Борисовский „ . . .	6	2	8
Оршанский „ . . .	4	1	5
Бобруйский „ . . .	6	1	7
Мозырский „ . . .	2	—	2
Калининский „ . . .	2	—	2
Витебский „ . . .	4	—	4
Могилевский „ . . .	2	—	2
Вне БССР. . . .	1	1	2

Очень значительно число эпилептиков среди нашего материала. Число в 253 человека составляют 7% всего нашего нервного материала. Мы не делим его на генуинную и симптоматическую, а придерживаемся тех точек зрения на этиологию эпилепсии, которые развиваются в литературе Foerster'ом, Redlich'ом и др., и которые сводятся к признанию комбинаций разных факторов. Среди последних на первом месте материальные изменения в головном мозгу, или более локализованные или же диффузные. Отсюда и различие в клинической картине, прогнозе и терапии.—С другой стороны, фактором эпилепсии являются эндокринилогические и др. условия, влияющие на состояние возбудимости центральной нервной системы. К этим основным факторам, создающим основной фон для заболевания, присоединяются еще те или иные констелляционные факторы, ведущие непосредственно к эпилептическому припадку. Мы на своем материале могли постоянно убеждаться в правильности и плодотворности такого взгляда. На ауру мы поэтому также смотрим, как на симптом, как бы на перст, указующий на то место в головном мозгу, где изменения в особенности значительны. В некоторых случаях нам удавалось при помощи гипервентиляции обнаружить место, с которого начинается эпилептический припадок. Общего эпилептического припадка мы при гипервентиляции не получали. В виду частоты в Белоруссии эпилепсии ее исследование является программной работой нашей клиники. Так наз. petit mal в чистом виде—без больших припадков—мы имели 5 раз. Но такие малые припадки бывали кроме того в большом числе наших случаев эпилепсии. Прямую наследственность мы могли в наших случаях установить сравнительно редко. Распределение по национальностям видно из т. 2. Среди нашего еврейского нервного материала было 7,5% эпилептиков, среди прочего 6,6%. Эти цифры не настолько разнятся друг от друга, чтобы с уверенностью сделать из них вывод относительно большего предрасположения к эпилепсии еврейского населения в сравнении с белорусским. Но любопытно, что Л. С. Минор среди своих больных эпилептиков находил относительное преобладание русских над евреями. По статистике Л. С. Минора, вычисленной впрочем к общему числу его больных (не только число нервных), среди его русских больных встречались 3,5% эпилептиков (всего было 60), среди евреев 2,4% (всего было 36 эпилептиков евреев). Другими словами процентные отношения как раз обратные, чем у нас. Об'ясняется ли это особенностями материала Л. С. Минора, составившегося как из Московских в громадном числе великоруссов, так и из приезжих больных, или же и этой

разнице не следует придавать слишком большого значения в виду ее незначительности? Мы более склоняемся ко второму выводу. Впрочем значение нивеллирующего влияния общей среды на все народности, живущие в одинаковых географических, социальных и исторических условиях нас еще займет в дальнейшем. Во всяком случае наша статистика, основывающаяся на материале значительно более однородном в этом смысле, чем материал Л. С. Минора, гораздо более в состоянии разрешать проблемы патологии национальности. Поэтому если придать значение незначительному преобладанию эпилептиков у евреев в нашем материале, то вывод из нашего материала нам кажется более веским, чем обратный вывод из материала менее однородного.

Заболеваний специально эндокринологического аппарата у нас было 167 случаев. Но следует заметить, что в эту рубрику не вошли те многочисленные случаи заболевания желез внутренней секреции и вегетативной нервной системы, которые имелись у многих из наших других больных. Здесь (см. табл. № 11) собраны лишь те случаи, где речь шла об исключительном или первичном заболевании вегетативной и эндокринной систем. На первом плане в нашем материале стоят заболевания щитовидной железы. Чаще всего заболевания носили характер Базедовой болезни, в некоторых случаях преобладали симптомы микседемы. Здесь следует упомянуть, что у довольно значительного числа больных как этой группы, так и других групп, а также прочих представителей здешнего населения отмечается значительное увеличение щитовидной железы в виде зоба. Мы можем здесь остановиться только на двух пунктах этой интересной проблемы зоба в Белоруссии (С. М. Рубашов). По произведенным в нашей клинике предварительным исследованиям вегетативной системы зобатых, а также на основании клинических данных приходится считать, что наблюдающийся у нас зоб в громадном большинстве относится не только к тому типу, который связан с кретинизмом, а к тому, который характеризует скорее гиперфункцию щитовидной железы. Впрочем за последнее время и другими авторами напр. в Вене констатировано учащение именно этой формы зоба. Другой интересный факт, который обнаружен занимавшимся в нашей клинике этим исследованием студентом А. Грингласом, состоит в том, что обладатели этих зобов распределяются в Минске по определенным местностям, при чем их можно группировать около тех или иных колодцев. Так, в местности Людамонте с довольно большим татарским населением среди последних зоб довольно распространен. Рано делать из этих данных выводы относительно этиологии и профилактики зоба, но вопрос настолько важен и интересен, что заслуживает дальнейшего изучения.

Из других желез внутренней секреции поводом к обращению в нервную клинику служили половые железы, гипофиз, около щитовидные железы. Сравнительно часто встречались аномалии роста, особенно в сторону карликового роста и хондродистрофии. Наконец, следует упомянуть о значительной частоте ангионеврозов и трофоневрозов в виде симметричной гангрены, перемежающейся хромоты и т. п. Особенно последняя считается специфической для еврейского населения, что вполне подтверждается и нашим материалом.

Во всем нашем эндокринологическом материале значительно преобладают евреи—92 случая против 75 белоруссов, русских и др. Если иметь в виду меньший процент евреев среди всех наших больных, то эта разница будет еще более резкой. Среди еврейской группы больных с заболеванием вегетативной нервной системы, оказалось 6,2%,

среди белорусской лишь 3,5%. Большая ранимость вегетативно нервной системы следует действительно признать одной из наиболе характерных особенностей здешнего, а может быть и вообще еврейско го населения. С этим следует сопоставить большую эмоциональност еврейского населения в сравнении с белорусским. А эмоциональност стоит в самой теснейшей связи с вегетативной нервной системой, с е центрами в головном мозгу и с железами внутренней секреции. Это аппарат в первую голову реагирует на внешнее раздражение. Он филогенетически и онтогенетически более стар. Поэтому на его бол щую возбудимость следует смотреть как на проявление организаци фило-и онтогенетически более отсталой и менее приспособленной. Сю да же относится громадное число гиперкинезов у евреев, которы точно также связаны с подкорковыми узлами, ведающими и вегета тивной сферой. Укажу хотя бы на значительно большую частоту хо реи у нашего еврейского материала (23 случая из 33).

Среди еврейских больных хорея встречалась в 1,6 проц., среди бе лоруссов—в 0,46 проц. всех случаев. Наконец в пользу большей рани мости вегетативной нервной системы у евреев говорят и те многочис ленные жалобы на различнейшие ощущения со стороны внутренни органов, столь типичные для еврейских больных. Жалобы эти касают ся и пищеварительного тракта, и сосудисто-сердечного и мочеполового Нередко речь идет не только о сенсорных явлениях, но и о двигатель ных. Так, мы часто у наших больных, особенно среди евреев, встре чаемся с икотою, отрыжками, спазмами, коликами и т. п.

Таким образом мы от заболеваний эндокринной и вегетативно системы совершенно незаметно перешли к области функциональны заболеваний. Переход этот на наш взгляд и на самом деле незамет ный. Действительно функция органа зависит в значительной степен от его возбудимости. Но возбудимость стоит в теснейшей связи с ве гетативной червной системой. Последняя в первую голову и всегд реагирует на всякие изменения во внешней среде. Поэтому работа ве гетативной системы и определяет характер реакции на всякие раз дражения. Отступление от нормальных реакций у целого ряда нерв ных больных и проявляется в виде тех или иных функциональны нервных заболеваний. Деление их на истерию и неврастению мы со хранили за неимением в настоящее время лучшего деления. В нашей клинике ведется специальная работа по изучению вегетативной нерв ной системы при органических и функциональных нервных болезнях поэтому мы здесь на этом не будем останавливаться. Упомянем лишь что на основании исследований, произведенных в нашей клинике сту дентом И. А. Бейлиным, деление на ваго-и симпатикотоников, хотя и лишено абсолютного значения, однако в общих чертах себя безуслов но оправдывает и дает крайне ценные и плодотворные точки зрения на каждый конкретный случай. Ограничимся лишь проведением неко торых сравнительных цифр. К группе травматического невроза отно сятся 45 человек—все мужчины (см. табл. № 12). В громадном боль шинстве—это инвалиды империалистической или гражданской войны Часть из них страдала припадками сумеречного состояния, во время которых они заново переживали эпизоды из бывшей военной жизни с командными выкриками, буйными двигательными реакциями оборони тельного и часто атакующего характера с тенденциями к разрушению и с полной амнезий всего происходившего во время подобных состо яний. Но и вне припадков больные эти отличались колоссальной аффек тивностью, делающей их грозой для окружающих и затрудняющей им вследствие этого работу при нормальных условиях, а также пребывание

Таблица № 11.

Заболевания эндокр. желез. и вегет. нервной системы.

НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНИ.	Мужчин	Женщин	г. Минск.	Минск. окр.	Мозырь	Слуцк	Борисов	Бобруйск	Орша	Витебск	Полоцк	До 10 л.	От 10-20 л.	От 20-30 л	От 30-40 л.	От 40-50 л.	От 50-60 л.	От 60-70 л.	Неизв. возр.	Др. нац.	Евреи	ВСЕГО
Ангоневрозы	14	4	14	1	1	—	1	—	—	—	1	—	—	5	5	3	3	1	1	6	12	18
Базедова болезнь	12	64	65	6	—	1	—	2	1	1	—	—	15	42	13	2	2	—	2	34	42	76
Зоб	—	15	14	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7	5	2	1	—	—	5	10	15
Климакс	—	29	24	2	·	—	2	1	—	—	—	—	—	—	1	18	10	—	—	14	15	29
Потливость	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	4	—	4
Склеродермия	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2	—	2
Хондродистрофия	1	3	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	2	—	4	—	4
Dystrophia adiposogen	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Карликов. рост	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
Альбинизм	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	·	1	1	2
Ожирение	1	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	2	2	4
Рахит	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3
Зуд	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Крапивница	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	3	1	4
Возонейрот. отек	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Гипотиреоидазм	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Поседение волос	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1
ВСЕГО	39	128	143	9	1	2	4	4	2	1	1	3	20	60	34	25	17	3	5	75	92	167

ние в обычных лечебных учреждениях. Все же следует отметить безусловное сокращение числа подобных травматиков. В Германии военные травматики, по удостоверению немецких врачей, почти совершенно вывелись с уничтожением для них ренты.

Таблица № 12.

Травматический невроз.

Мужчин 45

Г. Минск	31	До 20 лет	2
Минск. окр.	6	от 20 до 30 л.	22
Витеб. „	2	„ 30 „ 40 „	14
Полоцк. „	1	„ 40 „ 50 „	4
Борисов. „	1	„ 50 „ 60 „	2
Бобруйск. „	3	Неизв. возр.	2
Могилев. „	1		

Таблица № 13.

Заикание.

	Мужчин 14	Женщин —	Всего 14
г. Минск	11	—	11
Минск. окр.	2	—	2
Калин. „	1	—	1
До 10 лет	3	—	3
От 10 лет до 20	3	—	3
„ 20 „ „ 30	6	—	6
„ 30 „ „ 40	1	—	1
Неизв.	1	—	1

Ночное недерж. мочи

	Мужчин 12	Женщин 4	Всего 16
г. Минск	8	4	—
Минск. окр.	3	—	—
Оршанск. „	1	—	—
До 10 лет	8	—	8
От 10 лет до 20	2	2	4
„ 20 „ „ 30	2	2	4

Условно к функциональным заболеваниям мы относим случаи заикания и ночного недержания мочи. В громадном большинстве случаев речь идет о дегенеративных суб'ектах, у которых с полным правом можно предположить недостаточное развитие нервных центров, заведующих актом речи и актом мочеиспускания. (Таб. 13.)

Неврастения.

Таблица № 14.

	Мужчин 848	Женщин 294	Всего 1142
Гор. Минск	669	240	909
Минск. округ	65	27	92
Борисовск. округ	36	10	46
Калининский „	7	3	10
Слуцкий „	15	2	17
Оршанский „	16	1	17
Витебский „	4	1	5
Полоцкий „	7	—	7
Бобруйский „	13	6	19
Могилевский „	7	—	7
Мозырский „	9	4	13
До 10 лет	—	—	—
От 10 до 20 лет	32	18	50
„ 20 „ 30 „	500	123	623
„ 30 „ 40 „	205	95	300
„ 40 „ 50 „	55	34	89
„ 50 „ 60 „	16	19	35
„ 60 и выше	5	4	9
Неизв. возраста	35	1	36
Женатых	417	182	599
Холостых	411	78	489
Вдовых	4	31	35
Развед.	3	2	5
Неизв. сем. пол.	13	1	14

С этикеткой неврастении у нас были 1142 больных (см. табл. № 14), к группе истерии были отнесены 503 суб'екта (см. табл. № 15). В группе неврастеников естественно значительное преобладание мужчин, среди истерических больных еще больше преобладание женщин. Небезинтересно преобладание среди неврастенических женщин числа замужних, среди истеричных числа незамужних. У мужчин естественно эта разница исчезает. Что касается национального состава, то получаются следующие любопытные цифры. На 2146 нервнобольных белоруссов было 678 неврастеников или 31,58 проц. На 1479 нервнобольных евреев было 466 неврастеника или 31,48 проц. Совпадение этих процентов тем более разительно, что по статистике Минора, оперировавшего правда с меньшими цифрами, такого совпадения нет: неврастения у русских встечались в 22,2 проц., у евреев в 17,1 проц. В нашем материале такое же разительное совпадение процентов у белоруссов и у евреев мы находим и в группе истерии. На 2146 нервнобольных русских было 289 случаев истерии или 13,46 проц., из 1474 нервнобольных евреев 214 случаев истерии, т. е. 14,46 проц. Соответствующие цифры у Минора следующие: у русских истерия встречалась в 11,8 проц.—у евреев, в 21,5 проц. Сопоставляя свои цифры неврастеников, среди которых преобладают русские, с цифрами истериков с явным преобладанием евреев, Л. С. Минор приходит к тому выводу, что „неврастения есть болезнь не только наследственная, но и благоприобретенная, и развивается часто на почве алкоголизма и особенно люэса“. Что же касается истерии, то из несомненно большей склонности евреев к заболеванию истерией,

Л. С. Минор умозаключает: „в виду несомненнаго наследственного характера самой болезни и в виду того, что это вообще болезнь расы, как ее называют французы—не будет слишком рискованной гипотеза, что, за малыми исключениями, *все евреи являются на свет с задатками истерии.*

Истерия.

Таблица № 15.

	Мужчин	Женщин	Всего
	94	409	503
Гор. Минск	59	324	383
Мозырск. округ	2	4	6
Минск. „	9	30	39
Слуцкий „	5	11	16
Витебский „	5	3	8
Калининский округ	2	4	6
Полоцкий „	2	1	3
Оршанский „	2	1	3
Борисовский „	6	12	18
Гомельский „	—	2	2
Бобруйский „	2	17	19
До 10 лет	2	1	3
От 10 до 20 лет	10	35	45
„ 20 „ 30 „	50	177	227
„ 30 „ 40 „	18	100	118
„ 40 „ 50 „	7	67	74
„ 50 „ 60 „	5	20	25
„ 60 и выше	—	6	6
Неизв. возраста	2	3	5
Женатых	47	128	175
Холостых	42	249	291
Вдов	1	30	31
Развед.	—	1	1
Неизв. сем. пол.	4	1	—

Наши цифры не обнаруживают преобладания у нашего материала ни евреев среди истерической группы, ни белоруссов среди неврастеников. Чем об'яснить такое расхождение с материалом Л. С. Минора? Нельзя не считаться с некоторым суб'ективизмом в постановке диагноза истерии и неврастении. Но подобный суб'ективизм в данном случае сведен до минимума, так как авторы настоящей работы, являясь ближайшими учениками Л. С. Минора, целиком придерживаются точек зрения своего учителя. Об'яснения следует искать лишь в различии материала нашего и материала Л. С. Минора. В то время как наш материал более однородный и касается уроженцев одной местности, переживавшей те же исторические судьбы, материал Л. С. Минора, как уже было упомянуто выше, был более пестрого происхождения, состоял и из великороссов, уроженцев Москвы и русских городов и из приезжих из „черты еврейской оседлости". Неоднороден был и социальный состав больных, особенно если сравнить его с нашим контингентом. Поэтому из сопоставления наших цифр с цифрами Л. С. Минора, мы вправе сделать вывод о колоссально нивеллирующем влиянии внешней среды. Оно сказывается не только на заболеваниях чисто экзогенного характера как неврастения, но и на таких, как истерия, где эндогенному—наследственному фактору, приходится придавать большое значение. Но если последнее утверждение правильно, то

в наших близких друг к другу процентных числах заболевания истерией евреев и белоруссов мы имеем лишнее и весьма интересное доказательство изменения конституционных свойств под влиянием факторов окружающей среды. К ним относятся и климат, и почва, и вода, и состав воздуха в физико-химическом отношении со всеми еще мало изученными факторами в виде ультрафиолетовых лучей, электричество и т. д. и характер пищи со всеми „невесомыми“ солевыми и др. ингредиентами, и исторические переживания, и социально-бытовые условия. Не будучи в состоянии в течение нескольких поколений совершенно изменять конституцию народности, приобревшей ее в течение веков, окружающая среда и на основании нашего материала должна быть признана важнейшим фактором конституции. Нивеллирующее влияние окружающей среды решительно сказывается и на характере других „реакций“ организма. К ним следует особенно отнести жесты, мимику, речь, особенно ее интонацию и мелодию. Последняя, как и вообще музические элементы речи, является выражением эмоциональной стороны, более старой в онто-и филогенетическом отношениях. Нас часто поражает совпадение интонации и мелодии речи белорусса, особенно деревень и местечек, с интонацией, которая прежде нам казалась специфической именно для еврейского населения здешнего края.

Душевно-больных было среди нашего материала 172, (см. табл. 16). Значительное число их относится к маниакально-депрессивному психозу (61) и к шизофрении (54). Велик был и процент олигофреников (идиотизм, имбецильность и т. п.). Последних было всего 31 (табл. 16).

Таблица № 16.

Душевные болезни.

	Мужчин 103	Женщин 69	Всего 172
Шизофрения	33	21	54
Идиотия	10	4	14
Imbecillita	6	2	8
Debilitas	5	—	5
Дефект. дет.	4	—	4
Маниакально-депрессивн. псих.	28	33	61
Параноя	3	—	3
Наркомания	4	—	4
Дегенератив. психоз	6	—	6
Эпилептическая дегенерация	1	—	1
Старч. слабоумие	1	1	2
Слабоумие после энцефалита	1	—	1
Аменция	1	—	1
Послеродовые психозы	—	3	3
Психопатическая конституция	—	3	3
Истер. психозы	—	2	2

Среди больных амбулатории нашей клиники было 1297 не нервнобольных (см. табл. 17). И мы могли часто убеждаться в правильности немецкой поговорки „Wenn man nicht kennt die Diagnose, dann spricht man von Neurose“. Около одной трети этого количества (462) нами была оставлена без диагноза и направлена к разным специалистам: гинекологам, ушникам, офтальмологам, терапевтам и хирургам. Большой процент среди них оказался подагриков, ревматиков, малокровных, артериосклеротиков и т. п. У 99 обращавших к нам мы, несмотря на все наши старания, не могли найти ничего патологического. Они фигурируют в таблице с диагнозом „nihil“.

Таблица № 17.

Различные не нервные заболевания.

	Мужчин	Женщин	Всего
Ревматизм	34	47	86
Подагра	58	128	186
Артериосклероз	39	54	93
Анемия	21	51	72
Невроз сердца	6	2	8
Порок сердца	11	13	24
Миокардит	7	7	14
Коксит	12	12	24
Malum senile coxae	4	3	7
Гонит	4	—	4
Переломы костей	7	—	7
Разн. забол. костей, связ. сухож.	22	7	29
Плоская стопа	5	3	8
Болезни желудка	9	4	13
Бол. Меньера	3	5	8
Бол. среднего и вн. уха	7	4	11
Гайморит и синуситы	2	2	4
Аденоиды	3	—	3
Заб. горла	2	—	2
„Лихор. состояние“	7	2	9
Туберкулез легких	9	3	12
Кожные бол.	12	6	18
Глисты	2	2	4
Глазные бол.	3	6	4
Тромбофлебит	—	4	4
Варикозные вены	—	7	7
Беременность	—	2	2
Восп. плеч. сустава	—	1	1
Грудная жаба	—	2	2
Диабет	—	2	2
Нефрит	—	2	2
Болезни печени	—	2	2
Аппендицит	—	1	1
Лимфаденит	—	2	2
Глухонемота	—	3	3
Nihil	77	22	99
Без диагноза	247	215	462
Испытуемые	53	—	53
	671	626	1297

Несколько слов о прогнозе, исходах и лечении. Более 400 из больных, обращавшихся в амбулаторию клиники, были помещены в станционар отчасти для лечения, отчасти для более подробного изучения. Мы имели возможность применять к нашим больным весь арсенал физических методов лечения. Физиотерапией пользовались также и наши амбулаторные больные. Мы можем сказать, что из функциональных больных, составлявших около половины всех больных, почти все 100 проц. получили, если и неполное излечение, то все же значительное улучшение. В этих краях, может быть, более чем в других местах Союза, особенно нередко можно наблюдать „чудесные исцеления“.

больную приносят в клинику на носилках, она кричит от боли, не дает дотронуться до себя. Родные считают ее парализованной, умирающей. После небольшего внушения она встает, начинает ходить и удаляется без всякой поддержки. Все же попадались и функциональные больные, особенно с дефектами со стороны желез внутренней секреции, у которых болезненные симптомы держались с удивительной цепкостью. Но таковых было меньшинство. В громадном числе случаев физические методы лечения, преимущественно влияющие через кожу и ее многочисленные вегетативные аппараты, в состоянии перестроить эндокринную и нервную систему в благоприятном смысле.

Фактором, крайне затрудняющим восстановление здоровья, часто являются неблагоприятные условия жизни, питания и работы. В этом отношении поражает иногда невежество даже интеллигентных больных относительно самых элементарных правил гигиены, в том числе и умственной. Амбулатория нервной клиники проделывала большую работу в смысле санитарного просвещения. И эта оздоровительная ее роль не может быть в достаточной мере подчеркнутой. Из органических больных самые лучшие исходы давали заболевания периферических нервов, особенно, если больные к нам попадали в начале заболевания. В тех случаях, когда от начала заболевания до поступления проходило несколько лет, наступало нередко резкое улучшение, но не полное выздоровление. Очень хорошие исходы давали невралгии, особенно ишиасы. Ни разу не приходилось впрыскивать в нерв алкоголь или воду. Мы обходились тепловыми процедурами, массажем, диатермией, электризацией и получали всегда выздоровление. На 100 проц. выздоравливали и больные хореей. В очень тяжелых случаях иногда достаточно было одного вливания сальварсана для резкого уменьшения бывших до того тяжелых яктаций. Недурные результаты получали мы от лечения сифилиса нервной системы бисмутом или в виде бисмугеноля или эмульсии азотнокислого бисмута. При табических кризах и болях удовлетворительные результаты мы видали от эндолюмбальных введений сальварсана или сальварсанизированной сыворотки. Несколько случаев множественного склероза, особенно с истерическими наслоениями давали кое какие утешительные результаты. Хорошо при этом действовало продолжительное лечение стрихнином. Из случаев энцефалита, попадавших к нам в свежих стадиях и подвергавшихся энергичному лечению внутривенными вливаниями уротропина, некоторая часть настолько поправилась, что вернулась к работе. Хронические состояния плохо подавались лечению. Лучше всего действовали тепловые процедуры. Случаи опухоли мозга не давали хороших результатов, так как все они локализировались в недоступных местах, или в мозговом стволе или в глубоких частях мозга, или отличались злокачественностью. Наихудшие результаты получались также в случаях застарелых гемиплегий, особенно у пожилых, перенесших мозговое кровоизлияние. К нашему удивлению в одном случае миопатии наступило значительное улучшение функции ходьбы.

Летальных исходов на весь наш материал (5089 амбулаторных, из них более 400 стационарных) было всего 30. Они относятся к следующим заболеваниям: цереброспинальный эпидемический менингит—5, туберкулезный менингит—6, опухоли головного мозга—3, абсцесс мозга—1, кровоизлияние в мозгу—5, аортит и сморщенная почка—1, собачье бешенство—1, спинная сухотка с осложнением со стороны мочевого пузыря—1, Фридрейхова болезнь от присоединившейся пневмонии, туберкулезный спондилит—2, амиотрофический боковой склероз—1, рак желудка—1 и опухоль спинного мозга—1. Некоторая часть из

умерших у нас больных была доставлена к нам уже за несколько часов или дней до смерти.

Какие практические выводы нужно делать из материала нервной клиники, легшего в основу настоящей работы?

Большое количество больных, обращавшихся в клинику за помощью, конечно, далеко не исчерпывало всего контингента населения, жаждавшего совета и лечения в нервной клинике. Через разные отделения клиники ежедневно проходило от 350-400 человек. Число это можно было бы удвоить, если бы напр. водолечебница, страдающая от дефектов центрального водоснабжения, могла работать нормально. Приходилось вводить всяческие ограничения для приема больных. Многочисленные запросы из других округов оставались без удовлетворения. Ясно, что одной лечебной и консультативной помощью в случаях заболевания не обойтись. Необходимо подойти к вопросу много шире. Необходимо, чтобы клиника нервных болезней стала на путь диспансерной помощи населению, обхватывая сначала отдельные группы и вовлекая постепенно все большие слои населения. Обладая целым рядом вспомогательных учреждений в виде стационара, элетро-и водолечебницы, амбулатории, ряда научных лабораторий, наша клиника в состоянии будет оказывать действительную помощь, вылавливая из населения тех больных, которые только находятся в начальных стадиях заболевания, а также тех, предрасположенных к таковым. Наш опыт показывает, что к нам обращаются сплошь и рядом в такой стадии, когда помочь уже трудно. А между тем, во время улучшая условия быта и труда, просвещая об основных принципах чистоты, питания, регулирования труда и отдыха, назначая физиатрическе методы в виде водолечения, физкультуры и научно обрабатывая весь огромный материал клиники, мы могли бы стать еще гораздо более значительным фактором оздоровления нервной системы местного населения. Более того, исходя из положения, что внешние факторы меняют и конституцию, нервная клиника могла бы играть роль и в евгенике белорусского населения. Первые шаги в сторону диспансеризации уже сделаны. Далее необходимо организовать больницу для хроников. Последние залеживаются в клинике, и их некуда девать. Необходимо устроить санаторий для нервнобольных и его также придать к нервной клинике. Необходимо, наконец, децентрализовать лечение физическими методами как в Минске, организуя при каждой больнице, хотя бы примитивное водолечение, так и в общереспубликанском масштабе. Необходимо снабдить клинику нервных болезней Рентгеновской аппаратурой, необходимо организовать ортопедическое отделение при какой нибудь из хирургических клиник. Важнее же всего в деле улучшения нервного здоровья поднятие материальной и физической культуры города и деревни, внедрение культурных навыков и просвещения, поднятие сознательности и самодеятельности населения, улучшение условий быта и труда.

В заключение позволим себе сделать следующие вытекающие из нашей работы выводы относительно нервных заболеваний в Белоруссии.

1. В Белоруссии количество нервнобольных крайне велико. Неустойчивость нервной системы сказывается, помимо частых ее заболеваний, еще в крайне повышенной ее реакции на всякие экзо, и эндогенные раздражения.

2. Причиной частоты нервных заболеваний в Белоруссии являются: „констуционная“ неустойчивость у здешнего населения некоторых

отделов центральной нервной системы, в особенности центров вегетативной и внепирамидной систем, а также ряд внешних факторов, к которым относятся, особенности климатических и естественных условий, непосредственные переживания во время военных действий, ряда оккупаций и гражданской войны, бандитские налеты, плохие условия быта, недоедание, грязь и, кроме того, в значительной степени острые и хронические инфекции в виде сифилиса, эпидемического энцефалита, полиомиэлита и т. п.

3. Из органических заболеваний нервной системы чаще всего встречаются те, которые зависят от сифилитической инфекции.

4. В Белоруссии несомненно более часто, чем в России встречаются глиоз центральной нервной системы и эпилепсия—заболевания, в основе которых лежат дефекты развития центральной нервной системы. Сюда же относятся такие болезни, как миопатия, Фридрейхова болезнь, ряд олигофрений и т. п.

5. Функциональные заболевания нервной системы—истерия и неврастения, составляя почти половину нашего материала, на самом деле распространены еще значительно больше. В огромном числе случаев они прекрасно поддаются лечению.

6. У довольно значительного числа белорусского населения замечается зобатость. Можно думать, что эта зобатость примыкает скорее к базедовическому типу, чем к зобатости с кретинизмом и очевидно стоит в связи с особенностями почвы или водоемов.

7. Еврейское население Белоруссии характеризуется особенной слабостью вегетативной и эднокринной нервных систем и частым их заболеванием. Болезни этой группы почти единственные, где замечается резкое преобладание числа евреев над белоруссами. Может быть некоторое преобладание эпилептиков у евреев также зависит от той роли, которую эндокринологическая компонента играет при эпилепсии.

8. Если эпидемии энцефалита после войн и т. п. справедливо можно привести в связь с тем, что подкорковые системы индивидуума под влиянием травматизации войной, голодом и т. п., становятся особенно восприимчивыми для определенных инфекций, то с таким же правом можно особую неустойчивость этих центров у еврейского населения об'яснить специфическими и хроническими травматизациями этих центров у евреев, живших в особых социально-бытовых условиях. Подобная реактивность подкорковых систем, вегетативной, эндокринной и непроизвольно двигательной и особая их ранимость должна быть рассматриваема, как онто-и филогенетически более старая организация, и потому менее приспособленная к современной жизни.

9. На целом ряде заболеваний можно с несомненностью отметить крупное нивеллирующее влияние внешней среды на заболеваемость различных национальных групп. Особенно резко это видно на одинаковой заболеваемости белоруссов и евреев истерией и неврастением. Сопоставление наших цифр с данными Л. С. Минора, составленными на основании материала из разнородных мест и разнородных социальных групп, особенно это иллюстрирует.

10. Из анализа нашего материала с несомненностью также вытекает крупное значение внешней среды для изменения и выработки „конституционных" признаков, если к последним, в частности, причислить предрасположение к заболеванию истерией, которой на основании нашего, более однородного, материала совершенно одинаково заболевают как белоруссы, так и евреи.

Туберкулезный менингит у детей в Белоруссии.

Из детской Клиники Белорусского Государственного Университета.

Проф. В. А. Леонов.

Вопрос о туберкулезном менингите у детей за последние годы все более и более привлекает внимание педиатров. Однако, несмотря на многочисленные литературные сообщения по этому вопросу, туберкулезный менингит во многих отношениях еще далеко окончательно не исследован. Поэтому, нам думается, что всякое сообщение по этому вопросу, освещающее ту или иную сторону этого заболевания, представляет глубокий интерес, почему мы и решились опубликовать нижеприведенные факты.

В Детской Клинике Б. Г. У. сравнительно за короткий период времени за 1 г. 6 мес. (с 1-го сентября 1924 г., кончая февралем 1926 г.) прошло 85 случаев туберкулезного менингита. Цифра эта для города Минска, конечно, является чрезвычайно высокой, в особенности если ее сравнить с цифрами других клиник и учреждений. Так, в университетской Детской Клинике гор. Рима за 20 лет с 1903 г. по 1923 г. прошло 286 случаев. meningitis tub. в среднем около 14 случаев в год (De Villa et Genoese). Правда, авторы отмечают, что до войны meningitis tub. наблюдался реже, тогда как война дала значительное увеличение этого заболевания.

В Гамбурге *Lecker* (Allgemein Krankenhaus Barmbek) с 1913 г. по 1920 г. опубликовал 36 случаев туберкулезного менингита—в среднем 8,5 случаев в год. *Strothmann*, по данным Дюссельдорфской Детской Клиники за период с 1907 г. по 1922 г., сообщил о 172 случаях meningitis tub., в среднем 16 случ. в год. Из наших отечественных работ по этому вопросу мне известны данные *Артамонова, Медовикова* и *Оносовского*. *Артамонов*, по данным б. Дет. Ольгин. больницы Москвы, опубликовал 218 случаев meningitis tub., прошедших с 1887 г. по 1912 г., т. е. за 25 лет. *Оносовский* за 36 лет существования той же больницы собрал 275 случ., следовательно, если вычесть 218 случаев *Артамонова*, то выходит, что за 11 последних лет прошло 57 случ. meningitis tub. *Медовиков*, по данным одной из Дет. Больниц Ленинграда за 5 лет, опубликовал в 1916 г. 194 случ. туб. менингита. Таким образом, не остается сомнения, что в Белоруссии, в частности в Минске, туберкулезный менингит является весьма частым заболеванием. Это подтверждается еще следующими цифрами. По данным НКЗ Белоруссии по всей Белоруссии на 1000 детских смертей за 1924 год от туберкулеза погибло 151,59, при чем на долю туберкулезного менингита приходилось 7,99, т. е. почти 8 meningitis tub. на 1000. А если принять во внимание, что туб. менингит, особенно в раннем детском возрасте, часто не диагносцируется и идет под диагнозом диспепсии, интокси-

кации, тифа и т. д., то эту цифру 8 надо значительно увеличить. Таким образом, вне всякого сомнения, 85 случ. meningitis tub., за такой короткий срок—цифра не только чрезвычайно большая, но поистине ужасающая. Это обстоятельство заставило нас поставить следующие вопросы: 1) насколько meningitis tub. в Белоруссии по своему эпидемическому характеру соответствует материалу других местностей и городов; 2) каковы специфические условия в Белоруссии для столь высокого заболевания туб. менингитом; 3) какова профилактика этого заболевания и в какую сторону она должна быть направлена.

Приступая к выяснению первого вопроса, мы прежде всего должны отметить, что эти 85 случ. meningitis tub., по возрасту распределялись так:

Таблица I.

Возраст	Количество
От 0 до 1 г.	35
„ 1 „ 2 „	16
„ 2 „ 3 „	3
„ 3 „ 5 „	13
„ 5 „ 10 „	8
„ 10 „ 16 „	10

Следовательно на самый ранний детский возраст до 1 года приходится наибольшее количество заболеваний, а если взять общую цифру туб. менингита до 2-лет, то получим 51, т. е. больше 60 проц. всех прошедших случаев. Другими словами наиболее ранимым является ранний детский возраст. Это вполне согласуется с данными других авторов. Так *Holt* в Нью-Иорке наблюдал 410 случаев meningitis tub., из которых на возраст от 0 до 2-х лет приходится 311 случаев, т. е. подавляющее количество. Тоже самое подтверждают *Kaneko*, *Lecker*, *Медовиков*, *Оносовский* и др.

Это возрастное предрасположение самых юных детей к туберкулезному менингиту надо об'яснить себе не только тем, что эти дети более подвержены травме, благодаря своей беспомощности и слабой ориентировке в окружающей среде, не только тем, что этот возраст вообще имеет наклонность к острому течению туберкулеза в форме миллиарного Т. В. С., а meningitis tub. „в сущности представляет из себя ни что иное, как частное проявление миллиарного туберкулеза“ *(Медовиков)*, но еще и тем, что в этом возрасте мозговая ткань, мозговая оболочка и сам по себе череп являются более впечатлительными ко всяким вредностям. В самом деле, самый большой процент заболеваемости наблюдается на первом и несколько меньший на втором году жизни; затем кривая заболеваемости падает и вновь поднимается в период полового созревания, правда, не до той высоты, как в раннем возрасте.

Это вполне совпадает с тем, что мозговая ткань, хотя и растет во весь период роста и развития организма, однако главная масса ее увеличивается на первом году жизни и отчасти на втором году; затем энергия роста ее падает с тем, чтобы в период полового созревания вновь дать под'ем, хотя и значительно меньший, нежели в первом году

жизни (Гундобин). Одновременно с ростом мозговой субстанции растут и оболочки мозга и, само собой понятно, кости черепа. Насколько велика энергия роста и мозговой ткани и, следовательно, костей черепа по отдельным периодам роста можно представить из следующего: за весь период роста и формирования организма окружность головы увеличивается на 25 сант., при этом на первый год жизни приходится 13, тогда как на все остальные годы вплоть до окончательного созревания организма всего лишь 12 сант. (Гундобин). А если принять во внимание, что интенсивно растущий орган и ткань являются вместе с тем наиболее чувствительными к различным вредностям, легко ранимыми, то становится вполне понятным почему в самом юном возрасте туб. менингит находит больше жертв, нежели в поздних возрастах.

Что же касается распределения заболевания по полу, то в нашем материале мальчики преобладают над девочками. Именно первых было 56, тогда как вторых—29. Такое же преобладание мужского пола над женским подтверждают и другие исследователи, как, например, De *Villa et Genoese*, *Медовиков*, у которого из 194 случаев 115 приходилось на мужской пол и 79 на женский, *Оносовский* и др. хотя надо сказать, что у некоторых авторов получились обратные результаты. Например *Gustav Lecker* на своем материале из 36 случаев устанавливает, что на женский пол приходилось 66 проц.; *Kaneko* в своих 66 случаях имел также преобладающее количество девочек. Думается нам, что выводы *Lecker'a Kaneko* должны быть приняты с большой осторожностю, ибо материал, с которым они оперировали, не настолько численно велик, чтобы можно было сделать окончательные выводы, да к тому-же это совершенно противоречит нашим современным знаниям и представлениям о наследственности, именно так называемых „летальных факторах" или „летальных генах." Эти летальные гены представляют из себя такого рода наследственные факторы, которые делают организм нежизнеспособным. Принципиально, конечно, они ни чем не отличаются от других генов, за исключением того, что действие оказываемое ими на организм, является губительным, независимо от того будет ли организм гомозиготен или гетерозиготен. При этом действие их носит различный характер и момент приложения их действия также различен. Одни из них делают уже нежизнеспособным гаметы, другие губят оплодотворенные яйца, третьи заставляют гибнуть эмбрион, четвертые наконец убивают организм во внеутробном состоянии, создавая ребенка биологически мало ценным и нежизнеспособным, враждебно-слабым и т д. A priori можно сказать, что летальных генов, как абсолютных, так и относительных у мальчиков больше нежели у девочек, ибо рецissивные признаки, связанные с полом и, следовательно, локализующиеся в X-хромозоме, имеют все шансы проявиться, потому что они не покрываются второй половой хромозомой, которая у мальчиков отсутствует, в то время как у девочек вторая X-хромозома является доминирующим парным компонентом, покрывает эти рецессивные особенности.

С полной очевидностью это доказывается следующими общеизвестными фактами: гемофилия только наблюдается у мужского пола, тогда как женский пол, передавая ее, сам остается свободным от нее. Дальше известно, что среди самопроизвольных абортивных плодов больше мальчиков, нежели девочек, в отношении примерно 160:100 *(Гольдшмидт)*; известно также, что среди мертворожденных больше мальчиков, чем девочек, при чем для некоторых стран в этом отношении имеются такие цифры:

на 100 мертворожденных девочек приходится мальчиков:

Германия . .	128,3	По Гольдшмидту.
Австрия . . .	132,1	
Франция . .	142,2	
Италия . . .	131	

Наконец, совершенно общеизвестным является и тот факт, что, несмотря на большую рождаемость мальчиков в последующей жизни, женский пол превышает мужской приблизительно в отношении 106:100. Приводить еще доказательства этого избирательного устранения с арены жизни мужского пола нет нужды: слишком это очевидно и приходится лишь считаться с непреложным фактом, что в отношении весьма многих заболеваний мальчики, при прочих равных условиях, дадут большую чувствительность и ранимость, нежели девочки, ибо это тесно связано с некоторой их биологической неполноценностью. Вот почему и туберкулезный менингит ранит больше мальчиков, нежели девочек.

Переходя теперь к количественному распределению заболеваемости туб. менингитом по временам года, мы здесь должны отметить, что наши факты вполне совпадают с наблюдениями *Hübschmann'a Strotmann'a, De Villa de Genoese, Kaneko, Holta'a, Медовикова, Оносовского* и др. И у нас отмечается самый высокий взмах заболеваемости ТВС meningitis весной—март, апрель и май месяцы и наоборот минимум заболеваний приходится на летние и зимние месяцы; следовательно кривая туберкулезного менингита идет совершенно параллельно с кривой вообще туберкулеза. Для сравнения приводим следующие таблицы:

Табл. II. Кривая *Hübschmanna* (верхняя) и *Strothmann'a* (нижняя) о распределении по отдельным месяцам заболеваний миллиарным туберкулезом (туб. менингитом) по *Pfaündler'y и Schlossmann'y.*

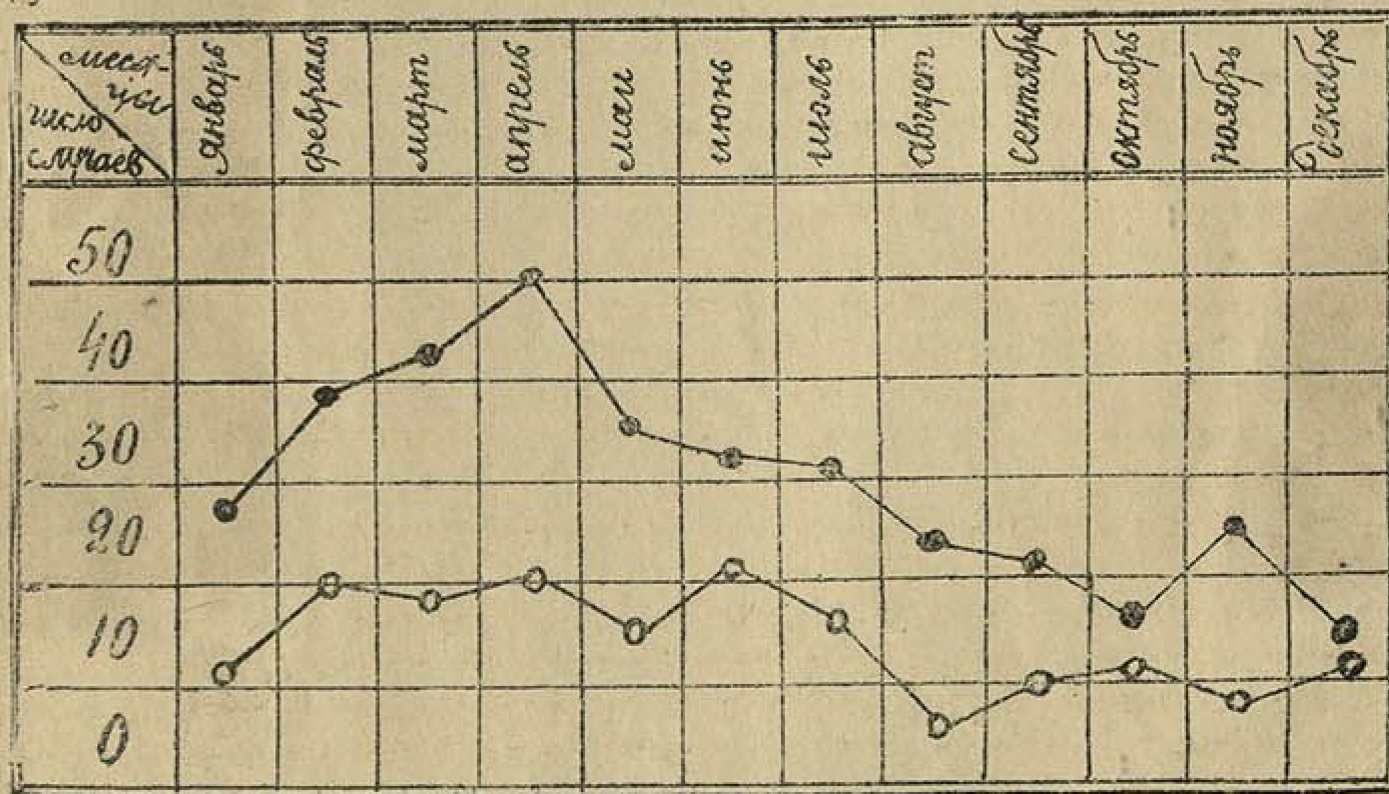
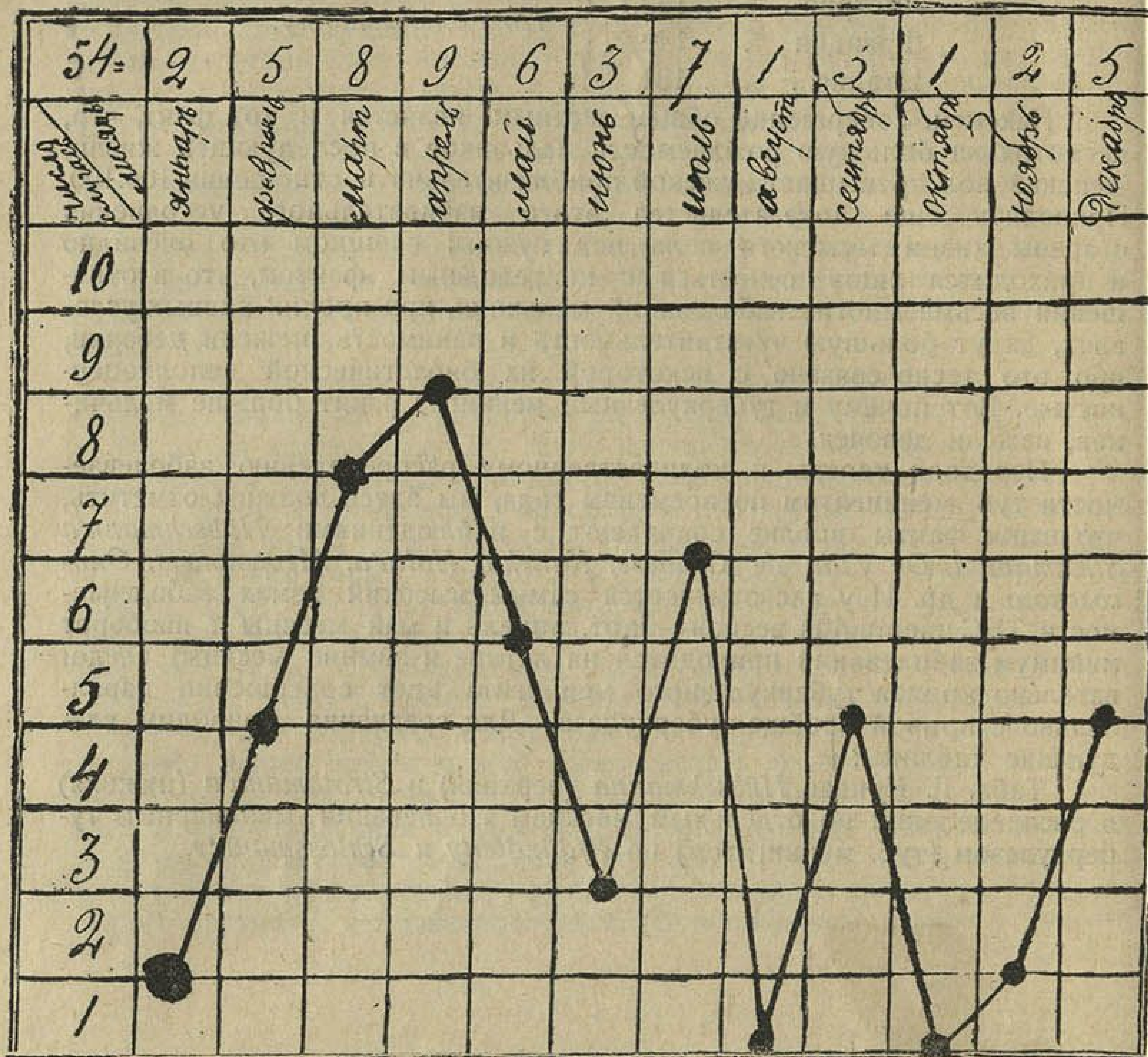


Табл. III. Кривая распределения по месяцам заболеваний тубменингитом по материалам детской клиники БГУ.



В отношении социального состава всех прошедших детей с туб. менингитом первое место занимают дети рабочих и крестьян; также много менингитиков приходится на детей совслужащих, т. е. на пролетариат умственного труда и, наконец, меньше всего больных было детей кустарей, куда включены и проч. группы населения. Цифровые данные таковы:

Детей рабочих . . . . 33.
„ совслужащих . . . . . . 25.
„ крестьян . . . . 20.
„ кустарей и проч. . . . . . 7.

Ясно, что преобладающее количество туб. менингитиков приходится на детей пролетарских, включая сюда и пролетариат умственного труда. Здесь лишний раз подтверждается старая истина, что дети пролетарских семей вообще легко ранимы и впечатлительны к различным заболеваниям в особенности же к туберкулезу respektive, туберкулезному менингиту. Если в одной маленькой комнате помещается семья из 5—7 человек, если с больными туберкулезом взрослыми находятся и малые дети, если недоедание, отсутствие света и прими-

тивных гигиенических условий составляет обычный удел этих семей, то удивляться не приходится, столь высокому заболеванию туберкулезом, respektive, туб. менингитом. А если добавить к этому алкоголизм, сифилис, различные нервные страдания родителей, то вполне станет очевидным, откуда и почему у детей пролетариата организм с самого раннего детства биологически является малоценным, неустойчивым и легко ранимым.

Что же касается до моментов, которые так сказать провоцируют туберкулезный менингит у детей, служат непосредственным толчком для его развития, то в этом отношении наши наблюдения стоят в противоречии с большинством авторов, как, например, *Pfaündler und Schlossmann, Holt, Lecker, De Villa et Genoese,* и др., которые говорят, что корь, коклюш, грипп и скарлатина, а главным образом первые две инфекции особенно предрасполагают к заболеванию туб. менингитом.

Наши наблюдения наоборот говорят, что meningitis tub. развивается и после кори и коклюша, но еще более часто, особенно у малых детей и грудняков, после хронической диспепсии, интоксикации, пневмонии, травмы и т. д. Необходимо для этого лишь наличие активной туберкулезной инфекции и тогда всякое заболевание может повлечь за собою развитие туб. менингита. Это-же подтверждают наблюдения *Albinger'a, Оносовского* и проч. Впрочем об этом более детально нами уже сообщалось („К вопросу о туб. менингите у детей“.— Вопросы туберкулеза т. IV, 1926 г.).

Необходимо несколько слов сказать о травме головы, как о моменте, несомненно провоцирующем meningitis tub. Из всего нашего материала вполне достоверных случаев, где травма явилась толчком для последующего развития туб. менингита было 6. В кратких чертах о них можно сказать следующее: 1. *Бельский И.* сын крестьянина, белорусс, 4-х месяцев, 7-V 1925 г. упал из люльки головой на пол; через неделю после этого развилась выраженная картина meningitis tub. 2. *Дедик П.* 5 мес., сын крестьянина, белорусс, получил удар палкой по голове 3-X 1924 г., на другой день появилась рвота, а затем развился туб. менингит. 3. *Кохан В.*, сын сапожника, белорусс, 1 г. 8 мес., 10-X 1925 г. упал с табуретки на пол головой; через 3-4 дня ребенок стал вялым, апатичным, затем появилась рвота, а через неделю после этого был доставлен в клинику с картиной резко выраженного туб. менингита. 4. *Рачковская Ф.*, 5-ти лет, дочь крестьянина, белорусска, в 20-х числах февраля 1925 г. случайно ударилась головой об стену, в тот же день у нее поднялась t^0 до $40,5^0$ и потеряла сознание, далее появилась ригидность затылка и через несколько дней развился типичный туб. менингит. 5. *Новарадская Т.*, 12 лет, крестьянка, белорусска, летом 1924 г. больная, катаясь на бревне, упала и ушибла голову, после чего появилась тошнота; проболела 2 дня; второй раз больная случайно ударилась головой о чугунную плиту 1-XII 1925 г.; вслед за этим вскоре она стала раздражительной, потеряла аппетит; затем появились сильные боли в области лба, а через несколько дней развился туб менингит. 6. *Веркович А.*, крестьянка, белорусска, 1-II 1926 г., играя на печи, ударилась головой о каменную стену; через 4 дня после этого ребенок перестал играть, стал вялым, апатичным, повысилась t^0; 26-II доставлена в клинику с ярко выраженным туб. менингитом.

Таким образом все шесть случаев теберкулезного менингита развились непосредственно после травмы головы. Особенно надо подчеркнуть, что все заболевшие дети были либо крестьяне (5), либо дети рабочих (1). Важно это подчеркнуть по следующим соображениям.

Целым рядом авторов указывалось и указывается, что травма головы, при наличии ТВС в организме, часто влечет за собою развитие meningitis tub., но у детей всетаки должного внимания ей не отводилось. Нам думается, что травма головы, чаще чем это думают, бывает причиной последующего развития туб. менингита. Дело в том, что дети крестьян, дети рабочих находятся в самых худших условиях ухода и присмотра за ними; они очень часто предоставлены самим себе и естественно, что возможность для травмы у них всегда налицо. Несомненно, что окружающие не только часто не обращают внимания на травму, но еще чаще совершенно и не знают об этом. Поэтому в тех случаях, где не удается установить провоцирующего момента, где родители обычно отвечают, что ребенок до этого „был здоров"— там чаще нужно думать о травме.

Приступая теперь к попытке, хотя-бы приблизительно ответить на вопрос, каковы специфические условия в Белоруссии для столь высокой заболеваемости детей туберкулезным менингитом, мы прежде всего должны предпослать некоторый цифровой материал. За описываемый период времени, детей больных meningitis tub. прошло 85, общее же количество больных за это время выразилось в размере 1.431 человек. Таким образом туберкулезный менингит составляет 5,9% общего количества больных. Если же учесть все нервные детские заболевания, прошедшие за этот период времени в клинике, как например meningitis cerebr. spinal-epidemica, meningitis purulenta, encephalitis, polyomyelitis ant. ac., hydrocephalus и т. д., то они выразятся в количестве 133 больных, что составляет 9,3% общего количества больных. Другими словами почти $^1/_{10}$ всех больных составляют нервные детские заболевания—цифра весьма высокая и позволяющая судить о том, что в Белоруссии детские нервные страдания необычайно сильно распространены. В чем можно видеть причину этого явления?—Виновными в этом могут быть ряд факторов, как эндогенного, так и экзогенного характера, факторы, вытекающие непосредственно из самой природы индивидуума, его конституции в смысле генотипических особенностей, а также моменты внешней среды, вредно влияющие на организм ребенка. Расовый и национальный момент прежде всего должен быть учтен. С этой стороны цифровые данные таковы: все больные 1.431 по национальностям распределяются следующим образом:

Национальность	Количество
Белоруссы	874
Евреи	362
Поляки	96
Великороссы	66
Немцы	16
Украинцы	4
Татары	7
Латыши	2
Литовцы	2
Армяне	1
Венгерцы	1

Что же касается больных туберкулезным менингитом, то по национальному признаку они распадались так:

Белоруссов	50
Евреев	20
Поляков	8
Великороссов	6
Немцев	1

Получается впечатление, что белоруссы более склонны к заболеванию туберкулезным менингитом, нежели дети других национальностей и в частности больше, чем евреи (остальные национальности поляки, великороссы и проч. малочисленностью в расчет не принимаются). Однако на это возразить можно то, что количественно вообще белоруссы преобладают над другими национальностями и, следовательно, в конечном итоге эти цифры должны нивеллироваться. Так оно и есть на самом деле. Если взять общее количество больных белоруссов и евреев в отдельности и к этому общему количеству отнести туберкулезных менингитиков тех же национальностей, то получатся почти совершенно одинаковые цифры. Именно среди белоруссов туб. менингитики составляют 5,72% и среди евреев 5,5%, т. е. почти никакой разницы нет (разницу в 0,22 можно в соображение не принимать) и следовательно вывод можно сделать только такой, что та и другая национальности, составляющие преобладающие массы населения Белоруссии, в одинаковой степени предрасположены к заболеванию туб. менингитом. Таким образом, невольно напрашивается мысль, что особенности всего населения занимающего территорию Белоруссии, по своим биологическим свойствам таковы, что meningitis tub. находит здесь себе хорошую почву. Как это можно об'яснить? Нет сомнения, что один только фактор эндогенного харатера (об экзогенных речь будет итти в дальнейшем) следует здесь привлечь как виновника— эта конституция белоруссов и евреев в частности конституциональный профиль детского населения обоих национальностей. Как показали наши наблюдения, большинство белоруссов астеники в смысле *Stiller'a*, *Sperka*, *Schiff'a*, *Kleinshmidt'a*, *Маслова* и др. Что же касается евреев, то наблюдение *Маслова* и др. давно показали что st. asthenicus среди них чрезвычайно распространен. Это есть, повидимому, единственный фактор, который может об'яснить столь высокую заболеваемость и белоруссов и евреев туб. менингитом. Дело заключается в том, что астеническая аномалия конституции характеризуется малоценностью и недостаточностью в биологическом отношении среднего зародышевого листка—мезенхимы и всех производных его. В частности соединительная ткань, как ткань опорная недостаточна в свой коллоидно-механической функции *(Schade)*, что и создает совершенно характерный, как в физическом, так и функциональном отношении, тип астеника. Не подлежит сомнению, что при этом страдают одновременно и другие стороны работы соединительной ткани, как например: диффузия и осмос, а может быть и концентрационная функция и онкоз; это еще в большей степени понижает биологическую ценность соединительной ткани у астеников. В связи с этим нарушен и весь биохимизм организма астеника, что ясно доказал *Морев* на ферментах крови: у астеников понижено количество калалазы в крови и еще в большей степени понижено количество липазы. Последнее обстоятельство отчасти об'ясняет почему астеники наиболее предрасположены к туберкулезу, который у них к тому же протекает большей частью в острой и бурной форме. Среди, именно, астеников туберкулез находит богатую

жатву, ибо биологическая характеристика астеника такова, что палочка ТВС находит в нем самые благоприятные условие для своего существования это, как метко выражается *Маслов* „брак по взаимной склонности". На школьниках г. Ленинграда *Котиков* показал, что у астеников положительная реакция Pirquet в 54%, в то время как у детей не астеников—в 33%. Интересно теперь посмотреть, среди каких же детей выхватывает свои жертвы meningitis tub.? Как об этом нами было отмечено („Туберкулезный менингит и астеническая конституция", Педиатрия т. X, № 1—1926 г.) подавляющий процент туберкулезных менингитиков—это дети астеники; именно:

St. asthenicus=77,1%
St. limphatico-hypopl.=10,4%
„Нормальные дети"=12,5%

Значит 71,1% менингитиков являются одновременно с этим ясно выраженными астениками. Эти факты подтверждают, что у астеников мягкая мозговая оболочка, как производная мезенхимы, не являются полноценной в смысле биологическом. Несомненно, что ее коллоидно-механическая функция недостаточна, а может быть и пропускная способность ее по отношению к циркулирующим в крови ядам значительно отклонена от нормы, а это уже может служить той канвой, на которой ТВС инфект нанизывает свои узоры. Кроме того еще никак нельзя отвергнуть и того предположения, что кровоснабжение мозговой ткани у астеников может иметь некоторое отклонение от нормального. По крайней мере капилляры кожи у астеника, как показал Маслов, довольно резко отличаются от нормальных и от капилляров при других аномалиях конституции. Именно капилляры кожи у них идут прямолинейно, конечные петли их удлинены, между собою не переплетаются, ширина их более или менее всюду одинакова и оканчиваются все они на одном уровне. Далее расположены они более редко нежели у не астеников, извилистость и перегибы отсутствуют, что также является весьма характерным для капилляров астеников. Иногда можно наблюдать капилляры в спастическом состоянии. Вполне допустимо предположить, что у астеников и капилляры мозга также имеют характерные отличия с анатомической и физиологической стороны, что повлечет за собою изменение условий правильного кровоснабжения и кровораспределения, изменяя вместе с тем биологические и физико-химические свойства мягких мозговых оболочек, *plex us choroideus* и т.д. Таким образом совершенно очевидно, что у астеников имеется ряд условий, предрасполагающих их к туберкулезному менингиту, и, следовательно, с точки зрения конституционального момента, вполне понятна частота этого заболевания в Белоруссии, так как среди белорусского населения, как уже сказано, значительный процент астеников.

Но помимо факторов конституциональных есть еще ряд факторов экзогенного характера, усиливающих предрасположение к туберкулезу, respect., к туберкулезному менингиту в Белоруссии. Эти факторы общего характера: климатические особенности Белоруссии, экономическая необеспеченность населения, его культурная отсталость, темнота и малая сознательность и, как результат этого, отсутствие примитивных гигиенических навыков у населения. Эти моменты настолько общеизвестны, что нет нужды на этом останавливаться, а так как они тесно связаны с третьим, затронутым нами, вопросом—профилактики туберкулезного менингита у детей, то мы непосредственно и перейдем к этому вопросу.

Профилактика туберкулезного менингита у детей в большей своей части есть вообще профилактика туберкулеза у детей и только лишь

отчасти имеет свои особые стороны. Как уже сказано раньше meningitis tuberculosa и, следовательно, туберкулез вообще поражает чаще всего и по преимуществу детей астенической конституции. Возникает вопрос: в состоянии ли мы при наших современных научных достижениях коррегировать эту аномалию конституции? Поскольку астения, как и всякая аномалия конституции, есть врожденное, генотипическое нарушение нормальных физико-химических взаимоотношений мезенхимы, поскольку мы не в состоянии влиять на зачатковую плазму, постольку, конечно, речи о полной коррекции этой аномалии конституции быть не может. Однако всетаки кое-что в этом направлении можно сделать, именно ставя организм астеника в такие жизненные условия, при которых он с одной стороны—был бы защищен от влияния внешних вредностей, а с другой—сам по себе приобретал бы навыки бороться с этими внешними вредностями, в частности с туберкулезом, создавая себе меньшую к нему восприимчивость и большую сопротивляемость. В связи с этим стоит вопрос о раннем распознавании st. asthenicus, ибо астеник должен быть взят под особое наблюдение с первых же дней жизни. В поздних возрастах помимо определенной жизненной обстановки, лишенной переутомления и перегрузки, как физических, так и интеллектуальных сил детского организма, необходима разумная тренировка нервно-мышечного аппарата, тренировка таких органов как сердце, особенно легких и общее укрепление организма. Вот почему в школьном возрасте в период полового созревания рациональное физическое воспитание астеника должно быть одной из первых забот. Ничто так не укрепляет организм астеника как разумная физическая культура, повышающая жизненный тонус мышц скелета, сердца и дыхательных органов и благотворно действующая на всю нервную систему. Помимо этого астеника все время надо оберегать от возможности получения туб. инфекции. Забота об этом должна быть начата тотчас же после рождения его. Оберегать его не только от внутри-семейной фамильной инфекции ТВС., но еще более, в особенности в отношении туб. менингита., от внесемейной инфекции. Последнее обстоятельство уже в 1924 году было отмечено Sandor'ом, Brinckmann'ом, Halo, Eliazberg, и др. и наши наблюдения стоят в полном согласии с ними. Из всего нашего материала 24 случая приходилось на внутрисемейную инфекцию и 48 случаев, т. е. 66,6% на внесемейную. По возрастным группам внесемейная инфекция распределяется таким образом:

0 — 1 г.	—16
1 г.— 2 л.	— 9
2 л.— 3 л.	— 3
3 л.— 5 л.	— 7
5 л.—10 л.	— 6
10 л.—16 л.	— 7

Ясно, что внесемейная инфекция туберкулеза имеет большое значение в заболевании meningitis tub. особенно же в этом отношении ранимым является ранний детский возраст до 2-х лет, на который в наших случаях приходится почти 50% (25 из 48). Дальнейшим этапом в профилактике является хороший уход за ребенком, особенно оберегание его от травмы головы. С этой стороны высоко-развитая сеть ясель и консультаций с одновременной санитарно-просветительной работой должны сыграть первую роль. Здесь должно быть об'яснено матери, каким опасностям подвергается ее ребенок в том случае, когда он лишен разумного и бережного ухода за собой. Широкая диспансеризация туберкулезных больных с настойчивым прививанием им

культурных и гигиенических навыков и своевременной изоляцией открытых форм туберкулеза—вот те основные профилактические мероприятия, которые дадут возможность, если не свести к нулю, то во всяком случае значительно уменьшить заболеваемость туберкулезным менингитом. Так как главными жертвами meningitis tub. являются дети пролетарские, то само собою разумеется, что ко всему этому необходимо добавить увеличение материального благосостояния городского и сельского пролетариата, увеличение жилой площади и санитарно-гигиенический надзор как за городом, так и за селом и местечком.

В заключение мы позволим себе сделать некоторые выводы:

1. Туберкулезный менингит в Белоруссии чрезвычайно распространен, при чем и белоруссы и евреи в одинаковой степени предрасположены к этому заболеванию.

2. Эта повышенная заболеваемость туб. менингитом белорусских детей находится в связи с конституциональными особенностями и зависит от большого распространения st. asthenicus.

3. В профилактике туб. менингита должны быть учтены следующие моменты:

а) широкая диспансеризация туберкулезных больных и своевременная изоляция больных с открытыми формами;

в) значительное расширение сети открытых учреждений охраны материнства и младенчества;

с) широкая санитарно-просветительная работа;

d) раннее распознавание st. asthenicus и своевременное окружение таких детей соответствующей жизненной обстановкой;

е) разумно постановленное физическое и интеллектуальное воспитание астеников без перегрузки, переутомления и перенапряжения, с обращением внимания на тренировку всех систем и тканей;

f) в индивидуальном отношении—оберегание ребенка от травмы головы.

Литература:

1. De Villa et Genoese—Contributo statistico-clinico alla meningite tubercolare,—Pediatria, Bd. 32, H. 14, 1924 г.

2. Lecker Gustav—Zur Frage der Meningitis tuberculosa.—Beitr. Z. Klin. d. tubercul. Bd. 50, S. 408-440, 1922 г.

3. Pfaündler und Schlossman—Handbuch der Kinderheilkunde Bd. IV, 1924.

4. Медовиков П. С.—Туберкулез в детском возрасте. Изд. „Практ. Медицина“, 1916 г.

5. Артамонов.—К вопросу о распространении бугорчатого процесса на оболочке головного мозга на основании обзоров патолого-анатомических вскрытий детей, умерших от туберкулезного менингита за 25 лет (1887-1912). Мед. обозрение, 1913 г.

6. Оносовский В. В.—Туберкулезный менингит у детей. Вопросы туберкулеза т. III, № 6, 1925 г.

7. Лепский Е. М.—Лекция о туберкулезе детского возраста, Казань, 1923 г.

8. Kaneko J.—Statistische studies of. tubercular meningitis aming children in Dairen-Jonru. of. oriental. med. Bd. 1, № 4, 1923 г.

9. Sandor Fritz—Beitrage zur Therapie der tuberculosen Meningitis im Kindesalter.— Magyar. arvos. Jg. 6, № 10, 1925 г.

10. Леонов В. А.—К вопросу о туберкулезном менингите у детей. Вопросы туб., т. IV, 1926 г.

11. Albinger Eduard—Zür Frage des Frühjahrgipfels tuberculosen Meningitis im Kindesalter unter besonderer Berücksich tigüng des Einflusses der Witterung.—Beitr Z. Klin. d. Tubercul. Bd. 51, N. 3, 1922 г.

12. Гундобин Н. П.—Особенности детского возраста. Изд. „Практ. Медицина“, 1906 г.

13. Маслов М. С.—Учение о конституциях и аномалиях конституции в детском возрасте. Изд. „Практ. Медицина“, 1925 г.

14. Морев В. И.—Изменение ферментативной энергии крови у детей, Врачеб. Газета, № 1, 1924 г.

15. Леонов В. А.—Туберкулезный менингит и астеническая конституция, Педиатрия т. X № 1, 1926 г.

16. Котиков Ю. А.—К вопросу о частоте астении у детей. Педиатрия т. VIII, № 1, 1924 г.

17. Маслов М С.—Туберкулез и конституция в детском возрасте. Педиатрия т. VIII, № 1, 1924 г.

18. Он же—Некоторые данные о строении капилляров в связи с конституцией, Врач. Дело 1923 г.

19. N. Schade—Die physikalische chemie in der inneren Medizine, Leipzig, 1923 г.

20. Серебровский А. С.—Летальные гены.—Успехи экспер. Биология, т. 1, № 3-4.

21. Bauer J.—Практические выводы из учения по наследственности. Изд. „Практ. Медицина“ 1926 г.

22. Гольдшмидт Р.—Механизм и физиология определения пола. ГИЗ. 1923 г.

23. Kleinchmidt H.—Туберкулез в детском возрасте. Изд. „Врач“, Берлин.

Предохранительные прививки против туберкулеза по Calmette'у вакциной BCG.*)

Из Белорусского Санитарно-Бактериологического Института (Директор проф. Б. Я. Эльберт).

Д-р С. И. Гельберг.

Иммунобиологическое исследование создало в течение 2—2½ последних десятилетий основу для успешной борьбы со многими инфекционными болезнями. Экспериментальная биология и клинический опыт у постели больного взаимно дополнили друг друга в деле выбора правильных путей и практически пригодных методов для наиболее действительного подавления самых опасных народных болезней.

В недавнюю мировую войну борьба с инфекционными болезнями вступила в фазу новых побед: профилактическая иммунизация против тифа и холеры, неоднократно подвергавшаяся до войны скептической критике, блестяще выдержала пробу в этой исполинской войне. Один только туберкулез, несмотря на попытки уже в течение четверти века, оказался в стороне от всех этих успехов. В области туберкулезной проблемы накопилось столько научных ошибок и разочарований, что понятен тот об'ективный скептицизм к новым открытиям в этой области.

С того момента как Robert Koch открыл туберкулезную палочку и ему удалось ее культивировать, само собой разумеется выплыл вопрос об иммунопрофилактике туберкулеза. Опыты шли в двух направлениях: 1) пытались использовать метод вакцинации ослабленным virus'ом, как это впервые применял Pasteur; 2) вакцинация чистыми токсинами, продуцируемыми бактериями в культурах, т. е. те методы, которые вытекают из работы Roux et Versin, Behring, Kitasato, Roux et Vaillard, Louis Martin по вопросу о дифтерийном и столбнячном токсинах и соответствующих им антитоксинах. Предпринятые многочисленными авторами опыты прежде всего привели к тому, что были получены более точные данные о реакции чувствительного организма на туберкулезные бациллы различного происхождения, а также на продукты их жизнедеятельности. Эти опыты привели Robert'a Koch'a к приготовлению туберкулина. Попытки использовать последний, так же как и различные бациллярные экстракты для целей вакцинации показали, что эти субстанции, несмотря на их малую токсичность для здоровых суб'ектов, не могли однако вызвать у животных видимую невосприимчивость, по отношению к последующему заражению вирулентными бациллами. Особенно показательны в этом отношении опыты Calmette'a. Телка здоровая, (р. туберкулиновая отрицательна), иммунизированная 2 раза по 10 кб. см. туберкулина Koch'a, через 30 дней после последней прививки заражена 3-мя миллиграммами вирулентной туберкулезной культуры. Вскрыта на 58-ой день перед гибелью; на

*) Доложено в XII научном заседании Белорусского Сан.-Бактер. Института совместно с сывороточно-вакцинной комиссией при НКЗ Бел.

секции громадное развитие бугорков, из которых многие в состоянии казеозного распада. Аналогичные наблюдения сделаны и по отношению к морским свинкам (Klopstock).

Что касается вакцинации бациллами, то многочисл. попытки в этом направлении могут быть разделены на три основные группы: 1) применение для целей вакцинации убитых туберкулезных бацилл путем нагревания или измененных различными физико-химическими агентами, 2) применение живых бацилл и 3) паратуберкулезных бацилл. Опыты с убитыми бациллами проделаны Strauss'ом путем ин'екций, Maragliano на большом материале путем втирания в поверхностные скарификации, наконец, Calmette'ом путем кормления животных. Но оказалось, что животные получали лишь незначит. степень резистентности, которая выражалась в более медленном и хроническом течении заболевания после вторичной инфекции. Эта резистентность исчезала уже через несколько недель. В 1922 году Selter повторил на большом материале вакцинацию убитыми культурами и пришел к аналогичным результатам.

Далее целый ряд авторов пробовали применять вакцинацию липоидами, извлеченными из туберкулезных бацилл и бациллами, обработанными различными химическими агентами. Таковы опыты Vallee, Rappin, Noguchi и Marxer, Deyke и Muchà, L. Rabinowitsch и друг., которые не привели к успешным результатам. Также никакого успеха не имела вакцина Rappin'a из сухих нагретых бацилл, смешанная с сывороткой, полученной впрыскиванием этих же бацилл.

Гораздо более обнадеживающие результаты дало применение живых бацилл вирулентных или с внезапно ослабленной вирулетностью. Первую попытку в этом направлении сделали Webb и Williams на двух детях с удачным результатом. Behring'y принадлежит честь открытия метода, сделавшегося предметом довольно широкого эксперимента. Это известный способ применения бововакцины, препарата из живых туберкулезных бацилл typ. bovinus, высушенных и мало вирулентных, который выпускался его лабораторией в Марбурге. Прививка производилась молодым телятам 2 раза с 3-х месячным промежутком интравенозно в количестве 4 и 20 mgr. Способ Behring'a проверен на огромном материале в разных странах, в особенности в Германии и Франции, где были созданы специальные комиссии из высокоавторитетных ученых. Кроме того он проверялся на большом материале в Венгрии, Дании, Великобритании, Швеции, Италин, С. Ш. С. А. и др. Работы комиссии во Франции, возглавляемой Vallee и Rossingnol'ем, а также опыты в Берлине под руководством Eber'a в общем показали, что видимая невосприимчивость к последующей инфекции длилась после вакцинации в течение нескольких месяцев (по Eber'y 12—14 месяцев). Отягчающим обстоятельством для практического применения метода оказалась неодинаковая степень вирулентности разных серий препарата бововакцины для морских свинок. Как показали доклады на конгрессе в Будапеште, у вакцинированных животных часто на долгое время в железах оставались живые вирулентные бациллы, а также по данным Titze, Stanley Griffith, бациллы через большой промежуток времени могли быть обнаружены в молоке, а следовательно представляли опасность распространения туберкулезной инфекции. Указанные недостатки относятся к „Tauroman" Kochà и Schütze.

Эта опасность распространения вирулентных бацилл привела к тому, что обратились к бациллам паратуберкулезным—кислотоупорным.

Таковы известные попытки Friedmann'a и Klimmer'a с применением туберкулезных бацилл холоднокровных. Принципиально путь избран-

ный Friedmann'ом был вполне правильный, т. к. он иммунизировал ослабленными живыми бациллами. Но как указывает Much в своей монографии о возбудителе tbc (цитировано по Любарскому), в таблице изображающей родствен. отношения различн. кислотоупорных бацилл, определенные путем реакций иммунитета, бациллы туберкулеза холоднокровных находятся в очень далеком родственном отношении к туберкулезным бациллам человека. В отношении безвредности средства, все почти авторы пришли к одному выводу о безвредности его (Orth Firedmann, Ehrlich и др.) В отношении предохранительной способности Ulrici и Grass (цитировано по Любарскому), в результате очень тщательного критического обзора всей обширной клинической литературы, приходят к выводам, что не доказано, что средство Friedmann'a может иммунизировать против туберкулеза людей, не страдающих этой болезнью; не доказано, что при существующей уже болезни, может обладать иммунизирующим действием. Комиссия прусского министерства культуры (Kraus, Löffler, Orth, Ehrlich и др.) дала также неблагоприятные отзывы. Но есть и восторженные поклонники средства Friedmann'a, напр. Göpel, F. Krauss и др. (цит. по Lòwenstein'y). Calmette считает средство Friedmann'a лишенным предохранительных свойств.

Интерес еще представляют опыты Ferrann'a. Изучая илеоморфизм туберкулезной бациллы, он пришел к очень оригинальному выводу, по выражению Calmette'a quelque peu aventureux. Он считает, что бацилла Koch'a может представлять мутацию из некислотоупорных палочек из группы B. Coli, а посему он предпринял вакцинацию против этих бацилл при помощи вакцины, названной им anti-alpha. Вакцина anti-alpha была испытана на многих суб'ектах в Буэнос-Айресе, но, как сообщает Calmette, нельзя вывести никакого впечатления о ее предохранительной способности, также как о связи между бациллой alpha и бациллой Koch'a. И далее, Calmette считает, что мы до настоящего времени не имеем никаких оснований, чтобы поставить под сомнение специфичность бациллы Koch'a, несмотря на то, что ряд авторов (Fontes, Vaudremer и Calmette) доказали существование в туберкулезных продуктах и в молодых культурах туберкулезных бацилл на искусственных средах, вирулентных, невидимых под микроскопом, проходящих через мелкопористые фильтры элементов, могущих вызвать специфические туберкулезные изменения. Но при этом во всех образовавшихся очагах были найдены типичные бациллы Koch'a с их характерными особенностями (различная вирулентность, туберкулогенные свойства, спиртокислото и щелочно упорность).

II.

Уже на основании сделанного выше беглого обзора, можно вполне присоединиться к мнению, высказанному многочисленными авторами, что ни туберкулин, ни убитые туберкулезные палочки не в состоянии иммунизировать против туберкулеза и что живые туберкулезные бациллы более и менее вирулентные способны сообщить организму резистентность по отношению к последующей туберкулезной инфекции. *Активный иммунитет связан с присутствием в организме туберкулезных бацилл*—это основной вывод, к которому пришли крупные авторитеты, как Ulenhuth, Neufeld, Selter, Calmette и др. Трудности, с которыми связано решение проблемы об иммунитете при туберкулезе, Ulenhuth излагает так: (цитир. по Любарскому). Туберкулезные бациллы, как кислотоупорные бациллы вообще, обладают панцырем из жировоска. Существованием этого панцыря об'ясняется высокая их сопротивляемость по отношению ко всевозможным внешним

воздействиям, а также медленный рост их на средах. Этим об'ясняется почему так трудно победить туберкулез. Выход состоит в том, что, так как в культурах туберкулезных бацилл можно видеть нередко палочки не кислотоупорные, то в поисках маловирулентного туберкулезного virus'a для целей иммунизации, надо работать над получением чистых культур некислотоупорных туберкулезных бацилл или апатогенных, т. е. атуберкулогенных. Ulenhuth в сотрудничестве с Joetten'ом пытался получить такие культуры, но это им не удалось. Однако они подтвердили основной факт, а именно ослабление кислотоупорности туберкулезных бацилл. С этой именно точки зрения и заслуживают особого интереса новейшие работы Calmette'a и его школы, которому удалось получить апатогенный resp. атуберкулогенный штамм. Настоящее сообщение и имеет целью ознакомить с двадцатилетними исканиями Calmette'a и теми ободряющими результатами, которые им получены в самое последнее время.

Но прежде, чем перейти к изложению данных Calmette'a, мы позволим себе вкратце остановиться на тех теоретических основах современного понимания иммунитета при туберкулезе, которые явились предпосылками для многообещающих работ Calmette'a в этой области.

Я говорю об учении Behring-Römer'a, которое может быть формулировано таким образом. Взрослое население культурных стран, где туберкулез получил значительное распространение, иммунно по отношению к туберкулезу; иммунитет этот имеет относительный характер и приобретается благодаря заболеванию в детстве. Благодаря присутствию иммунитета, туберкулез у взрослых имеет обычно характер относительно благоприятного процесса, хронически протекающего. Возникновение его обязано обычно эндогенной реинфекции. Как говорит Behring, туберкулез взрослых почти всегда является „последними стихами романса, которые поет мать или няня у колыбели“. Заражается же туберкулезом человек еще в детстве и если при этом проникает большое количество бацилл, то развивается тяжелое заболевание, ведущее непосредственно к смерти; если же заражение преодолевается, то человек приобретает иммунитет по отношению к туберкулезу. Основное положение учения Behring-Römer'a, что взрослое население культурных стран иммунно по отношению к туберкулезу благодаря инфекции в детстве, получило подтверждение в целом ряде клинических, эпидемических и экспериментальных наблюдений. Изучение реакции отклонения комплемента у туберкулезных и клинически здоровых с туберкулезными бациллами в качестве антигена, особенно изучение реакции на туберкулин, которая показала увеличение количеств положительно реагирующих с каждым годом и почти 100 проц. положит. результатов, начиная с 10 летнего возраста—вполне подтверждают указанное учение. Далее эпидемиологические наблюдения над туберкулезом у жителей, эмигрировавших из деревень, у негров из Африканских колоний, незатронутых туберкулезом, после их переселения в Европу; наблюдения Мечникова, Burnet и Тарасевича над заболеваниями взрослого населения в калмыцких степях в России, Römer'a в Аргентине, Much'a в Палестине, где население не получило иммунитета, вследствие заболевания в детстве, в виду отсутствия у них распространения туберкулеза, у них преобладают случаи острого, в большинстве смертельного туберкулеза. Огромный эксперимент, проделанный судьбою над русскими военно-пленными в Германии показал тоже значение иммунитета для течения туберкулезной инфекции. Под влиянием тяжелых условий плена и в особенности голодовки, пленные перестали реагировать на туберкулин или реагировали лишь на весьма

высокие дозы его. Параллельно с этим исчезновением иммунитета шло увеличение числа тяжелых острых случаев милиарного туберкулеза, туберкулезного менингита и распространенного туберкулеза внутренних органов, достигая проц. свойственного лишь туберкулезу раннего детского возраста. И, наконец, многочисленные экспериментальные наблюдения, в частности весьма интересные опыты Calmette'a еще в 1906 и 1908 г.г. вполне подтвердило ту же теорию Behring-Röemer'a. Так Calmette показал, что можно предохранить молодых телят кормлением небольшими дозами туберкулезных бацилл от последующих тяжелых инфекций; при этом одна инфекция даже и массивная переносилась животными легче, чем 2 или несколько менее значительные, но следовавшие непосредственно одна за другой. В первом случае, животное часто выздоравливало и оказывалось способным противостоять значительно превосходящим дозам бацилл—оно было иммунно, во втором—оно всегда погибало. И далее, телки, получившие путем впрыскивания в вены культуры ослабленных туберкулезных бацилл (по 1 и 5 mgr через месяц) получают через месяц после последнего впрыскивания рядом с контрольными по 3 mgr вирулентных бацилл. Контрольные все гибнут на 34 день при явлениях распространеннаго туберкулеза, а у опытных на вскрытии полное отсутствие туберкулезных изменений, хотя в бронхиальных железах имеются вирулентные бациллы. Эти последние опыты показывают, что иммунитет возникает и тогда, когда в организме имеются туберкулезные бациллы, даже не вызвавшие туберкулезных изменений. Основываясь на совокупности всех данных экспериментальных и эпидемиологических, Calmette приходит к выводу, что для человека, а также и животных, восприимч. к tbc, является желательным легкое заражение туберкулезными бациллами, если оно не будет сопровождат ся другими массивными и близкими по времени туберкулезными инфекциями. Эта инфекция предоставит ему возможность избегнуть при последующих заражениях тяжелых и быстро смертельных форм заболевания. Такая инфекция в наших странах может быть искусственно проведена у детей в раннем возрасте, для того чтобы предохранить их от естественного заражения, дающего в первые три года весьма высокий проц. смертности; так, по данным разных авторов в госпиталях Парижа, на 100 смертных случаев в течение первого года 28 обязаны туберкулезу, в течение 2—26 проц., в то время для детей от 3-х до 15 лет процент погибших от туберкулеза из 100 умерших всего 7 проц. Вся задача лишь в том, чтобы получить апатогенный штамм туберкулезных бацилл, ибо нельзя допустить к применению с профилактической целью патогенных для какого либо вида животного бацилл, способных вызвать в организме прививаемого специфическое заболевание, и распространять туберкулезную инфекцию. И вот Calmette с 1908 года занялся осуществлением этой задачи, в результате чего и был получен, привлекающий в настоящее время всеобщее внимание, штамм BCG.

III.

B. C. G.—bacillus Calmette'a Guèrin'a (сотрудник Galmette'a) представлял штамм туберкулезных бацилл typus bovinus, носивший название „Lait de Nocard" и обладавший такой вирулентностью, что внутривенное введение его 4-6 месячному теленку в количестве 0,003, вызывал у него милиарный туберкулез через 4-5 недель. Этот штамм культивировался на полученной после долгих опытов Calmette'om среде. Среда эта желчно-картофельная содержит бычью желчь с прибавлением 5% глицерина. Особенностью является щелочность и значительное

содержание липоидных субстанций (холестерина 0,410—0,813°/оо, лецитина и нейтральных мыл 0,690—1,317°/оо. На этой среде туберкулезные бациллы постепенно становились все менее и менее туберкулогенными. Уже через 4 года после пересевов каждые 15 дней и содержания при t°=38°, она оказалась невирулентной для рогатого скота и морской свинки, но осталась еще вирулентной для лошади и кролика.

После 230 пассажей, сделанных в течение 13 лет, бацилла потеряла всякие туберкулогенные свойства и вирулентность по отношению ко всем видам домашних животных—млекопитающихся и птиц (лошадь, бык, баран, собака, кролик, морская свинка, крыса, мышь, курица, голубь) при всяких способах введения: внутривенно, подкожно, per os. Большая доза BCG, введенная под кожу паховой области морской свинки, вызывает увеличение железы, образование абсцесса, который через 10-12 дней вскрывается и дает язвочку, рубцующуюся на 4-ой неделе. Инфекция типично не генерализовалась, и животные оставались вполне здоровыми. При гистологических исследованиях в органах были находимы кислотоупорные палочки, включенные в макрофаги, но до образования бугорков процесс не доходил. Собаке вводилось 10 mgr. в брюшную полость; на вскрытии через 6 месяцев никаких явлений туберкулезной инфекции не обнаружено. Лошади внутривенно вводилось до 300 mgr.; наблюдалось повышение температуры быстро спадавшее; на секции во всех органах кислотоупорные палочки без бугорков. Для обезьян 100 mgr. подкожно и даже 250 mgr. per os оказались вполне безвредными. Таким образом, не только при однократном, но и при повторных введениях больших доз BCG у животных не было никаких туберкулезных поражений, между тем животные инфицированные BCG оказались чувствительными к туберкулину, при чем при подкожном введении у телят положительная реакция держалась дольше, чем при внутривенном. Введение значительных доз BCG в организм, уже пораженного туберкулезом животного, не отягощало значительно заболевания, вызывая в общем реакцию сходную с такой же на туберкулин. При введении телятам вирулентных бацилл typus bovinus, после предварительного заражения BCG, иногда наблюдалась бурная температурная реакция, которая держалась сутки и максимум до 6-ти суток, но общих длительных расстройств не наблюдалось. Даже после года жизни в тканях не замечалось нового усиления вирулентности BCG. Таким образом Calmette считает, что штамм BCG апатогенен для целого ряда животных и в отношении тканевой реакции на туберкулезную инфекцию является атуберкулогенным. Он способен расти на разных средах нейгральной или слабо кислой реакции (Ph=7,0—6,8) не теряя апатогенных свойств, продуцируя туберкулин обычной токсичности и сохраняя обычные антигенные свойства. *Таким образом он обладает атуберкулогенностью* in vivo *и туберкулиногенностью* in vitro.

Далее мы имеем целый ряд работ, опубликованных последовательно с 1921 по 1926 год относительно предохранительной 'способности штамма BCG. Опыты на кроликах показали следующее: путем интравенозной ин'екции дозы в 25-30 mgr. BCG, действительно предохраняют кроликов весом в 2-2½ kilo против туберкулезной инфекции, смертельной для контрольных животных на 50-75-ый день (доза 0,001 typ. bovinus). Но резистентность исчезает уже через 6 месяцев и оставшиеся от заражения бациллы могут вызвать заболевания, обычно легко протекающие и лишь изредка смертельные. Можно вводить BCG до 100 mgr., но длительность иммунитета не увеличивается.

Подкожное и интраперитонеальное введение дает сомнительные результаты. Наоборот, молодых кроликов от 15-ти до 20-ти дней можно иммунизировать per os, давая им с суточным кормлением 100-200 mgr. BCG. Если их испытать через 3 месяца (одно или 2 кормления 1 mgr. туберкулезных бацилл typ. bovinus), то они значительно переживают контрольных погибающих от висцерального туберкулеза. Те же из них, которые гибнут через 6 месяцев после испытания (вследствие исчезновения иммунитета) на вскрытии представляют лишь незначительные изменения.

У морской свинки предохранение несколько труднее наблюдать, ввиду высокой чувствительности животного не только к туберкулезу, но и другим инфекциям, которые отягощаются туберкулезной.

Взрослые свинки, в опытах Calmette'а получают 5-10 mgr. BCG внутривенно или 50 mgr. подкожно 2 раза с 2-х месячным промежутком, а молодые кормлением 10 раз с промежутком в 24 часа—всего 100—150 mgr.; 10 mgr.=400 миллионов бацилл. Испытание производилось через 2-4 месяца после вакцинации 0,001 mgr. typ. bovinus в переднюю камеру или 1-2 раза по 1 mgr. per os. Основным результатом опытов является тот, что при 100% получения генерализованного туберкулеза у контрольных свинок, у вакцинированных генерализованный туберкулез наблюдался лишь изредка и то лишь через 6 месяцев наблюдения. В остальных или туберкулез совсем не был выражен макроскопически, или имел весьма благоприятную форму: одиночные бугорки. Что касается туберкулиновой реакции у привитых BCG свинок, то при подкожной прививке свинки реагируют положительно от 5 до 50 дней; молодые свинки при кормлении от 32 по 48 день.

Результаты применения вакцины BCG на рогатом скоте были Calmette'om опубликованы в 1920 и 1924 году. В 1926 году он указывает, что дальнейшие наблюдения, также и других авторов, вполне подтвердили его наблюдения. Основные результаты вакцинации телят следующие: 1) контрольные телята, погибая в срок от 32 до 58 дней, или будучи убиты на 60-й день по заражении, дали на секции казеозный процесс в легких с казеозной дегенерацией, 2) у вакцинированных и зараженных даже спустя 18 месяцев после вакцинации и убитых через 2 или даже 11 месяцев после заражения, на секции паталого-анатомической картины туберкулеза не обнаружено. *В то же время увеличенные железы этих телят содержали в себе вполне вирулентный вирус туберкулеза, как показало испытание на свинках.*

Таблица № 1.

Результаты испытания вакцины BCG на телятах.

№№ вакциниров	Заражены после вакцинации через	Смерть, секция по заражении через	На вскрытии макроскопически	Заражение 4-х свинок трахсо-бронх. железами через 45 дней дало	Контроли при опытах
1	1 месяц	Убит 12 месяцев	Tbc—отсутств.	Без результата	№ 13
2	„	+ 5 месяц. 7 дн.	Tbc—отсутств. ув. желез	Специф. аденит.	
3	3 месяц.	Убиты 11 месяцев	Tbc—отсутств.	Без результата	№ 14
4	„		„ „	Специф. аденит.	

№№ вакциниров	Заражены после вакцинации через	Смерть, секция по заражении через	На вскрытии макроскопически.	Заражение 4-х свинок трахсо-бронх железами через 45 дней дало	Контроли при опытах
5	6 месяц.	Убиты 8 месяцев	Tbc—отсутств.	Специф. аденит	№ 15
6	„		„ „	„	
7	12 мес.	Убиты 3 месяца	Tbc—отсутств.	„	№ 16 и 16 в.
8	„		„ „	„	
9	15 мес.	Убит 2 месяца	Tbc—отсутств. жел. увелич.	Не производил	№ 17
10	+ на 25 д.	(погиб от gastritis ulcerosa)	—	—	
11	18 мес.	Убиты 2 месяца	Tbc—отсутств. жел. увелич.	Не производил.	№ 18
12	„		„	„	
Контроль.					
13	—	Убит 60 дней	Милиарн. Tbc в легких с казеозн. деген.	Не производил	—
14	—	+ 44 дня	Масивн. tbc легких	„	—
15	—	Убит 60 дней	Милиарный Tbc обоих легких с дегенер.	„	—
16	—	+ 58 дней	Милиарный Tbc	„	—
16в	—	+ 32 дня	Массивный Tbc легких	„	—
17	—	+ 54 дня	Милиарн. Tbc	„	—
18	—	+ 42 дня	Массивный Tbc легких	„	—

Кроме этого Calmette'ом выдвинут для разрешения следующий основной вопрос: „Можно ли в хозяйстве, зараженном туберкулезом, не изменяя в нем условий жизни животных, ни методов их выращивания, вакцинируя вновь рожденных в первые 15 дней жизни и ревакцинируя их ежегодно, избегнуть туберкулеза в течение пяти лет“. У новорожденных телят применяется однократное введение под кожу подгрудка 50—100 mgr. BCG (с успехом могут быть вакцинированы и 6—8 месячные телята). Прививка повторяется в конце каждого года. Опыты поставлены уже в разных странах на значительном материале: в С. Ш. С. А., в Великобритании, в Италии, в Бельгии (181 животн.), Голландии (145), в Германии (311). Во Франции в Ин-те Pasteur'a в 1922 г.—48 животн., в 1924—33; до 1-го мая 1925—16. Рожденные и вакцинированные в 1923 году, подверглись уже в конце каждого года 2-м ревакцинациям. Никаких особенностей, могущих быть отнесенными за счет прививок, не наблюдалось. Рост и развитие животных нормальное, состояние здоровья прекрасное. Много ветеринарных врачей (34 человека) предложили свои услуги для проверки BCG; отыскав в своих округах хозяйства с очень зараженным туберкулезом рогатым скотом, они в них прививают всех телят по

мере рождения. Всего к 1-му января 1926 года имеется 3050 вакцинированных животных.

Туберкулиновая реакция у вакцинированных дала неодинаковые результаты: то положительные, то отрицательные. Calmette считает однако, что применение туберкулиновой пробы у вакцинированных BCG, не являясь безвредным вмешательством, в то же время лишено диагностической ценности.

Особенный интерес, как с точки зрения широко поставленного опыта, так в особенности по демонстративности результатов, заслуживают опыты на обезьянах: шимпанзе и низших, предпринятые Vilbert'ом в Институте Pasteur'а в Киндии (французская Гвинея) по поручению Calmette'а в 1923 и 24 гг. и сообщенные в августе 1925 года. В опыте участвовали 15 человекообразных и 59 низших обезьян; все они разделены на 3 группы:

вакцинированных BCG . . .	3 шимпанзе	19	низш.,
искусств. заражен. патог. штам. .	5	„ 20	„
здоровых для контактн. заражен. .	7	„ 20	„

Оказалось, что ни одна из вакцинированных (они получали или по 50 mgr. per os 5 раз с промежутками в 48 часов, или однократно подкожно 50 mgr BCG) ни одна не погибла от туберкулеза, а из контрольных, как второй, так и третьей группы все погибли от 2-х до 5-ти месяцев от острого туберкулеза. Интересно особенно отметить, что одна из высших обезьян Роза, предохраненная 26 июня по 4 июля 1924 г., ревакцинированная в конце 1924 г., которая с 11июля 1925 года постоянно находилась в контакте с зараженными и контрольными невакцинированными обезьянами, причем последние постепенно погибали и заменялись другими, по сообщению Calmette'а на 1-е января 1926 года находилась в полном здоровьи. То же касается 2-х низших обезьян Akhal и Kobra, вакцинированных одна в конце 1923 г., другая в середине 1924 года. Остальные вакцинированные погибли в конце 1924 года от дизентерии и на вскрытии не представляли никаких туберкулезных изменений. Выводы автора таковы: 1. Инокуляция и кормление обезьян высших и низших вакциной BCG до 100 mgr. оказывается совершенно безвредным для них. 2. Обезьяны всякого возраста могут быть опытным путем легко предохранены, введением под кожу 50 mgr. BCG или 5-ти кратным кормлением 50 mgr., против искусственного заражения, так же как и против заражения, вследствие длительного контакта с инфицированными обезьянами. 3. Предохранение длится больше 1-го года и может быть продлено новыми введениями BCG, повторяемыми ежегодно.

IV

Прежде чем перейти к прививкам на детях Calmette попытался одновременно установить точные цифры смертности детей от туберкулеза. Уже давно твердо установлен факт, что в странах старой цивилизации, большое количество смертных случаев приходится на долю туберкулеза среди очень малых детей, в возрасте до 1-го года, в особенности у рожденных от туберкулезных матерей. По данным Prinzing'a и Flügge в Германии на 10 тысяч человек

до 1-го года	приходится	24,92	смертей от туберкулеза
от 1-го до 2-х	„	17,01	„ „ „
от 5 до 15 л.	„	4	„ „ „

На 100 смертей от разных причин у детей до 1-го года в среднем 19,8 приходится на tbc. Чтобы получить точные сведения относительно детей, действительно погибших от туберкулеза, рожденных

от туберкулезных матерей, Calmette'ом предпринята анкета по диспансерам во Франции за срок с 1922 года до начала 1925 года. Ответ получен им из 99 диспансеров Франции и дал следующие цифры: 1362 туберкулезных женщины родили 1364 детей в 1922 году, из них на 1-ое января 1925 года осталось в живых лишь 46 проц., при чем 24 проц. погибли от туберкулеза.

Таким образом, на основании совокупности всех данных, Calmette считает возможным утверждать, что *более 25 проц. всех детей рожденных и воспитанных туберкулезными матерями погибают от туберкулеза в течение 1-го года.*

После всех подготовительных опытов Calmette считал возможным приступить к вакцинации детей, рожденных от туберкулезных матерей. Вакцинацию он считал наиболее целесообразным производить путем кормления, в виду с одной стороны практической простоты, и кроме того, приняв во внимание, что слизистая кишечника новорожденных чрезвычайно хорошо абсорбирует микроорганизмы и даже антитоксины. В июле 1921 года был вакцинирован первый новорожденный, находившийся в контакте со своей бабушкой, больной туберкулезом. Он получил 3 раза по 2 mgr. BCG—всего 6 mgr=240 миллион. бацилл. Никаких явлений особенных не наблюдалось. В течение следующего 1922 г. подвергнуты прививке 217 новорожденных (доза 3 раза по 1 cgr.=3 cgr. 1200 миллионов бацилл).

До июня 1925 года получились сведения, что 15 из них умерли, ни один от туберкулеза. 94 из них были непосредственно осмотрены и показали нормальный рост и хорошее здоровье. Многие из этих детей живут в беспрерывном контакте с туберкулезными матерями. В качестве демонстрации Calmette приводит историю развития одного из таких детей: родился в 1922 году, вскормлен и воспитан матерью, выделения которой все время содержали туберкулезные бациллы. В настоящее время ему $3^1/_2$ года, вес $15^1/_2$ kgr., состояние здоровья прекрасное.

Сотрудники Calmette'а тоже приводят 17 случаев, касающихся детей рожденных и воспитанных туберкулезными матерями, которые вакцинированы и уже 18 месяцев находятся в хорошем состоянии. После сообщения об этих предварительных результатах в Медицинской Академии 24-го июня 1924 года, к Calmette'у обратились много врачей с предложением провести вакцинацию. С 1-го июля 1924 года по 1-е января 1926 года вакцинировано 5183 новорожденных. Из них 1317 имеют уже от 6-ти до 18 месяцев от момента вакцинации и были индивидуально контролированы.

Результаты на следующих 2-х таблицах № 2 и № 3.

Таблица № 2.

Дети вакцинирован. и имеющие от 1-го года до 18 месяцев

	Всего 564 (на 1-е янв. 1926 г.)	
Остались в живых	519	
Из них в контакте с матерью бацилловыдел.	123	Всего 231
„ „ с отцом и матерью „	12	
„ „ отцом „	75	
„ „ с окружающими „	21	
Без указания контакта	288	
Умерли от разных болезней (не туберк.)	43	45
„ „ туберкулеза	2	

Таблица № 3.

Дети вакцинирован. и имеющие от 6 мес. до 1-го года

Всего	753	
Остались в живых	691	
Из них в контакте с матерью бацилловыдел.	168	355
„ „ отцом и мат. „	17	
в контакте с отцом бацилловыделит.	135	
„ „ „ окружающими „	35	
Не указали контакта	336	
Умерли от различных болезней (не tbc)	53	
„ от туберкулеза	9	

В общем получилось, что из 1317 детей, предохраненных и имеющих от 6 до 18 месяцев:

7,2 проц. умерли от разных причин
0,7 „ „ „ туберкулеза

Если перенести все количество 11 смертей на детей, рожденных и находящихся в постоянном контакте с больными, выделяющими туберкулезные бациллы, то получится, что проц. смертности от туберкулеза составляет 1,8 проц., что по сравнению с минимумом, установленным Calmette'ом для таких детей в течение 1-го года в 25 проц., а для Парижа в 32 проц., дает ему право полагать, что *предохранительные прививки BCG против туберкулеза у новорожденных дают возможность спасти 93 проц. детей, которые погибли бы от туберкулеза без этого предохранения в течение первого года жизни.* Calmette приводит далее целый ряд сообщений, о детях, предохраненных BCG, описывая их условия жизни в контакте с туберкулезными, у которых состояние здоровья вполне хорошее. Приведем вкратце несколько описаний: III. Женевьева Б. родилась и вакцинирована в начале сентября 1924 года, мать туберкулезная (прогрессирующий); шестеро детей, 2 в санатории, один умер от туберкулезного менингита. Женевьева в постоянном контакте с больной матерью. Прекрасный ребенок, развитие нормальное.

IV. В Guy... родилась и вакцинирована в декабре 1924 года, в постоянном контакте с многими туберкулезными. Брат умер 14 месяцев от туберкулезного менингита, установленного люмбальной пункцией. Состояние здоровья прекрасное, развитие нормальное.

XII Guizot... родилась и вакцинирована в начале апреля 1925 года. У отца туберкулез легких. Двое детей, рожденных один в 1921 и второй в 1922 году, умерли от генерализован. туберкулеза, аденопатии и менингита. Ребенок не представляет никаких отклонений от нормы.

Рассматривая далее 11 историй болезни детей, погибших от туберкулеза Calmette отмечает, что лишь у 3-х туберкулез установлен на аутопсии. Из остальных восьми, 5 погибли до 3-х месяцев, а 3 до 5 месяцев. Относя все эти случаи к отрицательной стороне метода, Calmette считает, что все же здесь надо принять во внимание раннюю смерть в период до выработки иммунитета, а также часть случаев надо отнести за счет наследственного заражения, которое происходит благодаря проникновению через плаценту вирулентных фильтрующихся элементов (Calmette et Valtis). *Все же он считает, что эти единичные случаи не могут ни в какой степени поколебать ценность предложенного им метода.* Была предпринята также вакцинация новорожденных и взрослых во французских колониях и тропической зоне. Всего к 1 октября 1925 года вакцинировано 3352 детей аннамитов и китайцев, которые регулярно наблюдаются.

Что касается прививки у взрослых, то она предпринята на Мадагаскаре, ввиде однократного подкожного введения позади плеча 3,5 mgr. BCG у 141 человека, реагировавших отрицательно на туберкулин (дважды с недельным промежутком). У некоторых появился через 2-3 недели холодный абсцесс, малый, неболезненный, скоро заживший.

Чтобы избегнуть его, Calmette считает предпочтительным введение вакцины per os. Кроме того, проделан такой опыт: 419 сенегальских стрелков были подвергнуты в июне 1925 года вакцинации, и 317 других также отрицательно реагировавших на туберкулин, должны служить контролями. Все они отправлены на военную службу в Европу, где они безусловно будут чрезвычайно подвергнуты опасности заразиться туберкулезом. Военное ведомство обязалось регулярно сообщать о состоянии их здоровья. По последним данным (май 1926 г.) во Франции вакцинировано уже 12 тысяч новорожденных, в колониях 6 тысяч. Много стран обратились к Calmette'у за штаммом BCG: Бельгия, Италия, Польша, Румыния, Россия, Греция, Чехо-Словакия, Юго-Славия, Швейцария, Аргентина, Урагвай, Бразилия.

Последний, подлежавший выяснению, вопрос, касается длительности предохранительной силы прививки. Calmette считает возможным утверждать, что она длится не менее 15-18 месяцев. Возможно, что по отношению к естественной инфекции этот срок больше. Во всяком случае опыт показал, что можно без всяких опасений повторять прививки. И хотя способность всасывания слизистой кишок на второй и третий год значительно слабее, чем у новорожденных, тем не менее Calmette полагает, что при кормлении вместе с хилусом проникнет достаточно бацилл и рассеется по лимфатической системе организма. Calmette считает, что у детей, вакцинированных тотчас после рождения, резистентность длится больше 3-х лет, после чего они значительно реже подвергаются массивным инфекциям.

В нашем Союзе опыты со штаммом BCG производятся в Москве, где он был получен непосредственно от Calmette'а проф. Тарасевичем, а также в Харькове.

В нашем распоряжении имеются протоколы совещания представителей Институтов Экспериментальной Терапии и Контроля сывороток и вакцин ГИНЗ'а, Мечниковского Ин-та и Харьковского Сан-Бакинститута от 27-III 26 г., а также комиссии по вакцинации BCG при Ученом Медицинском Совете НКЗ РСФСР 10-V 26 г. В докладе М. М. Цехновицера о работах Харьковского Санбакинститута, докладчик сообщает, что привито 329 детей; никакими вредными последствиями вакцинация не сопровождалась.

По вопросу о вирулентности BCG у докладчика разногласий с Calmette'ом в общем нет. Исследованный штамм оказался апатогенным и авирулентным. Проф. С. В. Коршун, резюмируя результаты экспериментального изучения BCG в Мечниковском Ин-те, приходит к выводам: вирулентность исследованной культуры очень невелика. Туберкулезные бугорки, вызванные ею у некоторых животных, не могут считаться типичными, т. к. во всех их резко выражена наклонность к обратному развитию; в большинстве дело идет о рубцующихся бугорках. Пассажи пока отрицательные. Есть полное основание немедленно приступить к вакцинации детей. Д-р А. И. Тогунова о результатах экспериментального изучения BCG в Ин-те Экспериментальной Терации и Контроля Сывороток и Вакцин приходит к аналогичным выводам. Она отмечает, что наблюдающиеся у некоторых животных бугорки, почти исключительно при внутрисердечном введении культуры, или атипичны или же, хотя гистологически и удовлетворяют понятию бугорка, носят

рудиментарный характер без некрозов и с резко выраженной наклонностью к рубцеванию и, что особенно важно, не инфицирует животных при пассажах. Во втором заседании от 10-го мая, где присутствовали также директор Московского Тубинститута проф. Воробьев, директор И-та Охраны Материнства и Младенчества проф. Сперанский и др. постановлено приступить к вакцинации детей, происходящих из туберкулезных семей, и образованы подкомиссии для выработки плана вакцинации, для разработки вопроса о регистрации результатов вакцинации, вопроса о контроле вакцин, при чем изготовление вакцины поручено Институту Мечникова.

В Харькове при Сан.-Эпидем. Отд. Украины создана специальная Комиссия по изучению и организации противотуберкулезной вакцинации по Calmette'у.

V

В заключение считаем полезным еще привести некоторые выдержки из инструкции Calmette'а по вопросу об изготовлении и применении вакцины BCG для предохранения новорожденных от туберкулеза. Вакцина отпускается Институтом Пастера в Париже по требованию врачей.

С начала октября 1923 г., после 230 пассажей на картофеле, сваренном в бычьей желчи с 5% содержанием глицерина, бациллы были перенесены на обычные глицериновые среды плотные или жидкие. Для посевов применяются обычный картофель+глицериновый (5%) бульон в пробирках Roux; выращивание производится при t° 38. После посева на картофель хорошо простерилизованный и проверенный на стерильность пробирки ставятся на специальную подставку под углом 20°, так чтобы нижняя поверхность картофеля была погружена в питательную жидкую среду. К 20-му дню культура уже достаточно хорошо выросла, и позже 25-го дня не должна применяться, ибо с этого дня полная активность бацилл начинает уменьшаться. Если требуется большое количество микробов, то сеют на среду Sauton. Она состоит:

	в граммах
Asparginum . . .	4,0
Глицерин чистый .	60,0
Acid. citricum. . . .	2,0
KH_2PO_4	0,5
Magnes sulfuric. . . .	0,5
Ferrum ammonio-citric.	0,05
Aq. destil. . .	940,0

После полного растворения аспаргина, прибавляют чистого аммиака до Ph=7,2; разливают по 150 кб. см. в 250 кубиковые колбочки и стерилизуют в автоклаве. Посев производится на поверхность этой среды. Культура выростает быстро; через 2 недели она готова.

В лаборатории, где манипулируют с бациллой BCG, надо соблюдать следующие меры предосторожности: 1) Культуры должны быть отмечены особыми этикетками, цвет которых отличался бы от цвета этикеток других туберкулезных культур. 2) Все манипуляции производятся в особом месте, защищенном от пыли; петля, применяемая для посева, не должна быть использована для других работ. 3) После каждого пересева, т. е. через 25 дней роста на плотных средах и 30 дней роста на жидких средах, впрыскивают 2 морским свинкам по 1 кб. см.=5 mgr. бацилл под кожу и наблюдают за ними 4-5 месяцев, чтобы

проверить авирулентность и отсутствие туберкулогенных свойств. Если отмечается, что характерные особенности культуры меняются, надо ее исключить из применения для изготовления вакцины.

Приготовление и сохранение эмульсий.

Культура снимается и помещается в стерильную платиновую чашечку с крышкой, предварительно тарированные, и взвешивается. Затем переносится в стеклянную баночку с бусами, прибавляется по немногу жидкость (состав см. ниже) из расчета 2 кб. см. на 1 cgr. бацилл и встряхивается в течение 5 минут, чтобы получить гомогенную массу; затем, с помощью сифона, разливается в ампулы по 1 кб. см. для детей, по 5 кб. см. для телят. Жидкость для разведения содержит:

Глицерину чистого . 40,0 gr
Глюкозы чистой . . 10,0 „
Дестиллир. воды . 1000,0 кб. см. и стерилизуется в автоклаве. Можно применять и среду Sauton'a.

Проверка длительности сохранения вакцины при t° лаборатории и в защите от света, а также на комнатном леднике, показало, что вакцина должна применяться лишь в течение первых десяти дней после приготовления; позже этого срока не следует ею пользоваться, ибо количество живых бацилл с этого дня начинает уменьшаться.

Инструкции для применения вакцины BCG у новорожденных.

Вакцина BCG, состоя из живых апатогенных бацилл, может применяться лишь свеже приготовленная, не позже 10 дней после изготовления, а потому ее нужно получать тотчас, когда срок рождения ребенка уже наметился.

У новорожденных она применяется в первые десять дней, следующих после рождения.

Вакцина высылается Ин-том Пастера в виде 3-х маленьких флаконов, содержащих по 1-ой дозе, которая принимается per os. За полчаса до кормления, каждая доза смешивается в небольшой ложечке с малым количеством молока, нагретым до t° человеческого тела (флаконы перед употреблением тщательно взбалтывать.) Новорожденные получают при дозе с промежутком в 2 дня (например, на 3-й, 5-ый и 7-ой день после рождения или на 4-й, 6-ой и 8-ой).

Желательно, чтобы о предохраненных детях посылались сведения в Ин-т Пастера, по крайней мере, в концу 2-го года, по следующей схеме:

1) Имя, фамилия и адрес ребенка.
2) Дата рождения и вакцинации.
3) Нормально ли протекало развитие.
4) Случились ли какие либо ненормальные явления?
5) Находился ли ребенок в контакте с выделителями туберкулезных бацилл (отец, мать, друг.)
6) В случае смерти указать причину (по возможности диагноз болезни).

В заключение отметим, что целью настоящего обзора является лишь ознакомление с этим актуальным вопросом и привлечение к нему внимания соответствующих научных кругов, а не сообщение о наблюдениях над штаммом BCG, производимых в Белорусском Сан-Бактериологичном Институте проф. Б. Я. Эльбертом и мною под его руководством.

Литература (использов. для настоящ. обзора).

1. A. Calmette et C. Guérin. Vaccination des bovidés contre la tuberculose et methode nouvelle de prophylaxie de la tuberculose bovine.

Annales de l'institut Pasteur № 5. 1924.

2. A. Calmette, A. Boquet et L. Négre. Essais de vaccination contre l'infection tuberculeuse par voie buccale chez les petits animaux de laboratoire.

Annales de l'institut Pasteur № 5. 1924.

3. I. Valtis. Sur la filtrabilite du bacille tuberculeux à travers les bougies chamberland.

Annales de l'institut Pasteur № 6. 1924.

4. I. Wilbert. Experiences de vaccination des singes contre la tuberculose par le BCG.

Annales de l'institut Pasteur № 8. 1925.

5. A. Calmette et C. Guérin. L. Négre et A. Boquet. Prémunition des nouveau—nés contre la tuberculose par le vaccin BCG (1921 à 1926).

Annales de l'institut Pasteur № 2. 1926.

6. E. Löwenstein. Vorlesungen über Tuberkulose. Iena, 1920.

7. P. Römer. Tuberculosevaccin.

R. Kraus u. C. Levaditi. Handb. d. Technik u. Methodik der Immunitätsforschung (1 Ergänzugsband). Iena, 1911.

8. Иммунитет при туберкулезе, под редакцией д-ра В. А. Любарского.

Библиотека „Туберкулез" кн. 2-ая. Москва, 1923.

9. М. М. Цехновицер. Противотуберкулезная вакцинация культурой BCG по Calmette'y.

Профилактическая медицина № 9-10, 1925 г.

10. Проф. Г. Д. Белоновский. Иммунитет при туберкулезе. Ленинград, 1922 г.

Материалы по изучению гельминтофауны собак Белоруссии*)

Из гельминтологической комиссии Института Белорусской Культуры. (Председатель—профессор И. Т. Титов.)

Д-р В. Ф. Черваков.

До настоящего времени, насколько мне известно, по имеющимся в моем распоряжении литературным данным, обследование гельминтофауны собак Белоруссии произведено не было. Между тем, изучение животных паразитов собаки представляет не только теоретический, но и глубоко практический интерес для целей изучения человеческого гельминтиаза данной области, для профилактических целей и, наконец, для целей сравнительной патологии. По справедливому замечанию проф. Скрябина—гельминтолог, изучая гельминтофауну собак, всегда может проревизовать деятельность боенского ветеринарного надзора.

Уже в первой половине прошлого столетия собаки считались носителями и переносчиками различных заболеваний человека. Повышенный интерес к изучению гельминтофауны собак начинается с эпохи Leukart'a, впервые экспериментально доказавшего связь между пузырчатой и ленточной формой эхинококка. Опыты Leukart'a были блестяще подтверждены целым рядом исследователей путем вспрыскивания яиц эхинококка различным лабораторным животным. В более позднее время было найдено, что не один только эхинококк является общим паразитом человека и собаки, но было твердо установлено, что собаки являются носителями и распространителями целого ряда паразитических червей. Было установлено русскими и западно-европейскими исследователями, что промежуточным хозяином для Dipylidium caninum является блоха Ctenodectes canis и Pulex irritans и собачий власоед—Trichodectes canis, после чего сделался ясным механизм заражения человека названным паразитом. Собаки, являясь одним из наиболее распространенных домашних животных, с которыми человек имеет непосредственно и самое тесное общение, несут для человека постоянную и серьезную опасность целого ряда глистных заболеваний.

Вот почему изучение гельминтофауны собак представляется важным в медико-санитарном отношении. Переходя теперь к разбору паразитарных инвазий, наблюдаемых у человека и собаки, мы должны разделить соответствующих паразитов на 3 группы. К 1-й группе должны мы отнести паразитические черви, могущие предаваться непосредственно человеком без промежуточного хозяина.

Таковыми являются: [1])

1. Toxascaris limbata
2. Belascaris marginata

---

*) Доложено на общем собрании медицинской секции И. Б. К. 15 декабря 1925 г.

[1]) Группировка паразитарных инвазий по Попову—см. лит.

3. Trichina spiralis
4. Ankylostoma ceilanicum Loos.

К группе 2-й относятся паразиты, передаваемые собакой человеку, для которых собака является дефинитивным, а человек промежуточным хозяином.

Таковыми являются:

1. Echinococcus granulosus
2. Multiceps multiceps
3. Taenia hydatigena

3-ю группу составляют паразитические черви, для которых человек и собака являются дефинитивными хозяевами, в результате чего как тот, так и другой заражаются через посредство других промежуточных хозяев. Сюда должны быть отнесены:

1. Dioctophyme visceralis
2. Dracunculus medinensis
3. Dipylidium caninum
4. Dibothriocephalus latus
5. „ Mansoni
6. „ cordatus
7. Opistorchis noverca Brauni
8. Glonorchis endemicus
9. Pseudamphistomum truncatum
10. Heterophyes heterophyes
11. Metagonium Yokogawi Katsurada
12. Paragonimus Westermani

Исследование гельминтофауны собак производилось, как у нас в Союзе ССР, так и заграницей. Из заграничных работ надо отметить работы Bertolus et Chameau, исследовавших 84 собак Лиона (Франция), Zschokke, исследовавшего 177 собак города Цюриха (Швейцария), Galli-Valerio—162-х собак г. Милана (Италия), Schöne—100 собак Саксонии, Deffke—200 собак Берлина и Krabbe—93-х собак в Исландии и др.

Из русских работ в данной области мы должны отметить работы проф. Блюмберга и Боля в Казани, собравших большой гельминтологический материал. Систематическое и полное обследование гельминтофауны собак производилось и производится Институтом проф. К. И. Скрябина, который разработал собственную методику, позволяющую определить не только качественный состав, но и количественное определение всех видов паразитов, обитающих в данном животном. Сотрудниками института Скрябина произведены и в настоящее время в период гельминтологических экспедиций производятся обследования и изучения гельминтофауны собак различных местностей СССР, как-то: Московской губ., Донская область, Туркестан, Армения и Приднепровье. Из работ вышеупомянутого Института следует отметить работы проф. К. И. Скрябина—„Паразитические черви собак Донской области“, д-ра Попова—„Паразитические черви домашних плотоядных Армении“ и работу д-ра Петрова, исследовавшего паразитических червей собак Московской губ. и Туркестана „К фауне параз. червей дом. плотоядных Туркестана“.

По предложению гельминтологической комиссии при медсекции Инбелкульта нами было произведено 154 вскрытия собак для целей изучения их гельминтофауны. Материал нами получался со станции по борьбе с бешенством в гор. Минске. Следует упомянуть, что на эту станцию, вылавливающую бродячих собак, главным образом в базарные дни, попадают животные не только принадлежащие гр-нам г. Минска, но так-же и лицам, преимущественно крестьянам, из других мест

и округов Белоруссии. Вскрытия вначале нами производились на месте убоя животных в „Собачьей конторе“ на Комаровке, но ввиду полного отсутствия там какого-бы то ни было оборудования мы должны были перенести в секционную Патолого-Анатомического Института Белорусского университета. При производстве вскрытий наше главное внимание было обращено на изучение цестод и нематод. После окончательной разработки и проверки нашего материала мы определили нижеследующие виды паразитических червей:

1. Dipylidium caninum . . . у 72 собак
2. Taenia hydatigena . . . . „ 62 „
3. Dochmoides stenocephala . . . „ 48 „
4. Toxascaris limbata. . . . „ 22 „
5. Belascaris marginata . . . „ 19 „
6. Echinococcus granulosus . . . „ 11 „
7. Spirocerca sanguinolenta . . . „ 6 „
8. Mesocestoides lineatus . . . „ 2 „
9. Diostophyme visceralis . . . „ 2 „
10. Taenia serrata . . . . „ 2 „
11. Ankylostoma caninum . . . „ 1 „

Небезынтересным считаем отметить нахождение нами в 2-х случаях трематоды—Echinochasmus perfoliatus, в последнее время найденной и у человека.

Полученный нами гельминтологический материал может быть представлен в нижеследующей таблице:

Таблица № 1.

Исследовано собак.	Заражено.	З а р а ж е н о:			
		Nematodes.	Cestodes.	Trematodes.	Acanthoceph.
154	154	96	149	—	0

Одновременне заражение 5-ю видами паразитов нами найдено в одном случае, 4-мя видами—в 3-х случаях и 3-мя видами—в 13-ти случаях.

При дальнейшем рассмотрении нашего материала считаем необходимым в кратких чертах коснуться систематики и биологии тех видов паразитических червей, которые встречаются у собак Белоруссии.

A. Cestodes

Fam. Taeniidae

1. Sp. Taenia hydatigena Pall—1776 является самым крупным из лентецов, паразитирующих в кишечнике собаки. Обычная длина его в среднем около 2-х метров, по Бранду длина его может достигать до 5-ти метров. Головка паразита шире, чем шейка, неправильной квадратной формы, снабжена 4-мя присосками и хоботком, вооруженным двойным рядом крючьев в количестве от 30—34; крупные крючья длиною 150—220 μ. с неровной как-бы волнистой рукояткой; мелкие крючья длиною 160—180 μ. с несколько удлиненной и изогнутой ручкой. Количество члеников по Мари доходит до 500, а по Deffke до 600-700 шт. Приблизительно у 270-300 членика на расстоянии 50-ти сантиметров от головки мы находим в члениках хорошо развитой половой аппарат. Зрелые членики длиною от 10-14 млм., шириною 5-7 млм. Паразит принадлежит к гермафродитам. Матка состоит из среднего короткого ствола, на каждой стороне которого отходит по 5-8 ветвей, отхо-

дящих в виде лучей. Деление ветвей дихотомическое. В матке зрелых члеников обычно находится огромное количество оплодотворенных яиц. Последние членики, отходя от общей цепи, выбрасываются из кишечника вместе с испражнениями и яички, освобождаясь из матки, загрязняют кормовые травы. После того как яичко будет проглочено подходящим животным (жвачным, свиньей) скорлупа его растворяется и из него вылупляется 6-ти крючный зародыш, который, странствуя по организму, чаще всего укрепляется в брюшной полости промежуточного хозяина, где и выростает в зародышевую форму паразита, называемую тонкошейковым пузырехвостым. Этот пузырехвост, как показали опыты, будучи с‘еден собакою, превращается в зрелую форму taenia hydatigena.

Опытами Raillet‘a доказано, что через 2 месяца после скармливания цистицерка паразит достигает длины 55-85 и не имеет еще взрослых проглоттид. Полной половой зрелости паразит достигает через 4-5 месяцев. Cysticercus tenuicollis чаще всего встречается в брюшной полости у свиней, овец, коз и оленей (Мари). Частота паразита у собак сильно варьирует в различных странах и местностях, что видно из таблицы № 2.

Таблица № 2.

За границей.	Проц.	В С. С. С. Р.	Проц.
Исландия . . .	80,6	Казань	30
Саксония . . .	43	Донская область . .	23,5
Германия (Берлин) .	7	Армения . . .	26,7
Франция (Лион) , .	13	Белоруссия . . .	40,3
Польша (Варшава) .	0,75		

Рассматривая таблицу, мы можем отметить, что инвазия Taenia hydatigena среди белорусских собак достигает самого высокого проц. по сравнению с другими местностями СССР. В большинстве случаев нам встречались одиночные экземпляры этого паразита в кишечнике, в 8-ми случаях нами обнаружено по 5 экземпляров и только у 2-х собак число паразитов было более 10-ти.

2. Sp. Taenia serrata Goeze длиною 0,5—2 метра, в среднем длину его можно считать равной метру.

Головка толще шеи, вооружена 34-38 крючьями, из которых крупные крючья достигают длины 230-260 μ., рукоятка крючьев цилиндрическая; головка имеет 4 присоска. В средине цепи задние края члеников шире передних. Всех члеников в среднем можно считать около 400. Зрелые членики от 10-17 млм. длины и 1-6 мл. ширины. Матка продолговатой формы, имеет на каждой стороне 8-10 ветвей, дающих в свою очередь неправильные и многочисленные разветвления. Разветвления матки почти параллельны друг другу. Мари считает это наиболее характерным признаком данного паразита. Взрослой формы этого паразита встречается в тонком кишечнике собаки, а в стадии личиночной он попадается в брюшной полости кролика и мыши. Личиночная стадия паразита Cysticercus pisiformis обычно представляется в форме беловатого пузырька длиною 6-9 мил. и шириною 4—6 мил. Цистицерк обычно встречается в большом количестве экземляров.

Частота нахождения этого паразита у собак в различных странах сильно колеблется. Так, напр., в Париже по Brumpt'у он встречается у 3-4-х собак из 10-ти. В Берлине по Deffke он встречается в 5 проц. В Италии (Милан) Zschokke нашел его на 177 вскрытиях собак в 5-ти случаях. В Исландии Krabbe на 93 вскрытиях не найден ни разу. В СССР по Мари процент заражения им собак равен 0,2—0,15 проц., К. И. Скрябин в Донской области нашел его в 1-м случае, на 89 вскрытиях, в армянском материале д-ра Попова Taenia serrata найдено не было. Нами на 154 вскрытиях Taenia serrata найдено 2 раза, при чем оба раза в тонких кишках и в одиночных экземплярах.

Gen. Dipylidium.

3. Sp. Dipylidium caninum в литературе встречается под различными названиями: Taenia cucumerina, T. cateniformis, T. cuneiceps и Dipylidium cucumerinum—является одним из наиболее часто встречающихся паразитов собаки. Длина паразита от 15—40 сантим., ширина 2-3 мл. в наиболее широком месте. Головка снабжена 4 круглыми присосками, между которыми помещается хоботок, снабженный 4 рядами небольших крючьев. Шейка относительно длинна и узка. 1-е членники трапезоидной формы, последующие неправильно квадратной формы. Зрелые членники закруглены; французские авторы сравнивают их с семенами арбуза; другие авторы сравнивают их с семенами тыквы, откуда и название Taenia cucumerina. Расположение половых органов и их отверстий является довольно характерным для этого паразита. Половые отверстия двойные, открываются по середине каждой стороны членника, на небольшом еле выраженном выступе. Цвет паразита в свежем состоянии розоватый, исчезает от хранения в консервирующих жидкостях. Личиночная форма в виде цистицеркоида—Cryptocystis trichodectis встречается в теле собачьих власоедов. Мельников первый нашел личиночную форму паразита в теле Trichodectes canis. По Мельникову яйца D. caninum, будучи выделены из кишечника или пристают к волосам около заднего прохода, или, извергаясь вон, смешиваются с пылью тех мест, где лежат собаки и, таким образом, попадают в шерсть последних. (Мари) Trichodectes canis, весьма похожий на вошь, обгрызая волосы и эпидермис собаки, поглощает также и яички Dypilidium caninum. В кишечнике (Trichodectes) из яичек вылупляются зародыши, которые пробираются в ткани тела, где в конце концов превращаются в цистицеркоид овальной или грушевидной формы. Собака с'едая цистицеркоид, при лизании зудящих мест, получает таким образом головку паразита, вырастающую впоследствии в ее кишечнике в длинной цепень. Trichodectes canis не является единственным промежуточным хозяином Dip caninum, ибо последний очень часто встречается у собак, между тем как заражение собак власоедами относительно редко. Эта особенность навела Grassi на мысль о другом промежуточном хозяине паразита. Grassi было установлено, что промежуточным хозяином D. caninum является собачья блоха Ctenocephalus canis, при чем криптоцисты паразита находятся свободно в брюшной полости этого насекомого, где иногда можно насчитывать их до 50-ти шт. Исследования последнего времени показали, что человеческая блоха Puller irritans может также служить промежуточным хозяином D. caninum (Brumpt Мари). Это обстоятельство увеличивает наш интерес к данному паразиту. Человек заражается путем случайного заглатывания зараженных блох, попавших в пищу. Количество случаев инвазии человека этим паразитом продолжает увеличиваться. В работе Blanchard'a упоминается о нахождении подобных инвазий в Германии, Англии, России, Франции, Соединенных Штатах

Норвегии, Швеции и Швейцарии. В большинстве случаев инвазия наблюдается у детей от грудного возраста до 3-х лет (75 проц.), у детей от 4—8 лет в 10 проц., от 9—20 лет в 3 проц. и суб'ектов свыше 20-ти лет в 10 проц. В одних случаях инвазии наблюдались единичные паразиты, в других—многочисленные экземпляры. Частота нахождения D. caninum у собак по различным авторам представляется в следующем виде:

Таблица № 3.

За границей.	Проц.	В С. С. С. Р.	Проц.
Саксония . . .	40	Донская область. .	77
Германия (Берлин) .	40	Армения . . .	51
Исландия . . .	61	Белоруссия . .	46,8
Италия	24		

В нашем материале D. caninum встретился в 72 случаях. В большинстве из этих случаев наблюдалась массовая инвазия 10-15 и даже свыше 20 паразитов.

Gen. Echinococcus.

4. Sp. Echinococcus granulosus является одной из самых мелких цестод собаки. Длина паразита 2,5—5,6 м., головка мала неправильно круглой формы; венчик несет 2 ряда крючьев в количестве от 28—50. Форма и величина крючьев сильно варьирует в отдельных случаях. Большие крючья=0.040—0,045, млм меньшие=0,030—0,038. Шея короткая. Цепь состоит из 3-4 члеников, последний длиною приблизительно около 2-х мил., шириною 0,5 мил. В половозрелой стадии живет в тонкой кишке собаки, волка, лисицы и шакала.

В пузырной стадии встречается у человека, обезьяны, кошки, медведя, барана, быка, верблюда, жираффа, антилопы, кролика, мыши, очень часто у свиньи и кэнгуру; из птиц был находим неоднократно в пузырной стадии у индюка и павлина. Человек заражается, проглатывая зрелые оконсферы эхинококка, обычно от собаки. Собака заражается эхинококком, пожирая внутренности зараженных животных (овца, корова, свинья). Чем слабее и хуже поставлен ветеринарный надзор за боенским аппаратом, тем больший проц. зараженности данной местности собак эхинококком. Примером, иллюстрирующим наглядно это положение, может служить факт, имевший место во время одной из гельминтологических экспедиций проф. Скрябина в Туркестане. Работами экспедиции был установлен громадный проц. зараженности собак гор. Чарджуя эхинококком, доходящий до 30 проц. В поисках об'яснения этого факта участники экспедиции осмотрели городскую бойню, которая находилась в весьма плачевном санитарном состоянии. Трупы и органы зараженных животных даже и не закапывались в землю, а просто выбрасывались на некотором расстоянии от здания бойни. Стаи собак собирались и пожирали инвазированные паразитами органы и тем самым заражались эхинококком. Старым классическим примером эхинококковой инвазии считается Исландия. Как известно население Исландии составляют главным образом рыбаки. Исландцы, как и вообще все жители крайнего севера, держат в большом количестве собак. Собаки живут в тех же хижинах, где живут и хозяева и где последние устраивают склады заготовляемой ими рыбы.

Собаки рассеивают повсюду находящихся на их шерсти и в их испражнениях яйца эхинококка. Жители, с'едая непроваренную (копченую или соленую) рыбу с находящимися там оконсферами эхинококка, заражаются этими апаразитами. Подобные примеры можно констатировать и в некоторых местах Советского Союза. В Донской области проц. заражения собак эхинококком доходит до 15 по данным Захарова и Скрябина. Параллельно с этим мы знаем, что процент эхинококка у людей достигает, например, в Ново-Черкасске I. По данным Попова собаки Армении (Эривань) заражены эхинококком в 29 проц. По данным больниц гор. Эривани Поповым отмечается частота заражения эхинококком местных жителей. На основании приведенных данных мы приходим к заключению, что количество эхинококковых кист находится в соответствии с количеством зараженных животных. Частота нахождения эхинококка у собак представляется в нижеследующем виде:

Таблица № 4.

За границей.	Проц.	В. С. С. С. Р.	Проц.
Германия (Берлин)	1	Донская область	14
Франция (Лион)	7,1	Туркестан сев.	5
Швейцария	3,9	Армения	28
Австралия	50	Белоруссия	7,1
Исландия	28		
Monpellier (по Brumpt'у)	80(!)		

В нашем материале эхинококк найден в 7,1%, почти во всех случаях мы находили паразитов в больших количествах. Что касается Европы, то очагами эхинококка в ней считаются Померания и Мекленбург в Германии, Южная Россия, в первую очередь Украина, Франция, Англия и Далмация. Особенно часто, по данным многих авторов, встречается эхинококк среди жителей Исландии, Аргентины, Урагвая, Парагвая и Австралии. В Исландии на 43-х здоровых встречается 1 эхинококковое заболевание. В области Виктория (Австралия) 1 заболевание встречается на 39 человек. Что касается Исландии, то, по последним данным число эхинококковых заболеваний в последние годы уменьшилось, благодаря освещению этого вопроса врачами, профилактических мероприятий и правительственной помощи, выражающейся в бесплатном лечении собак, главных разносчиков эхинококка.

Gen Mesocestoides.

5. Sp. Mesocestoides lineatus Goeze—1782.

Этот паразит имеет микроскопически большое сходство с описанным выше Dipylidium can. по форме и величине члеников. В противоположность последнему он имеет невооруженный сколекс и не имеет хоботка. Головка имеет 4 присоски несколько больше величины чем у Dipylid. caninum. Половые отверстия небольшой величины, парные, расположены почти посредине вентральной поверхности членика. Матка наполнена в зрелых члениках овоидной формой яйцами с двойной четко-очерченной оболочкой. Длина яйца в диаметре 40—60 μ. Цикл развития Mesocestoides lin. до настоящего времени изучен в недостаточной степени. В нашем материале он найден у 2-х собак в небольшом количестве экземпляров.

В. Nematodes.

Subordo-Ascaridata-Скрябин, 1915.

6. Sp. Belascaris marginata.

Самец длиною 4—6 сант., самка достигает длиною 12—18 сант. Передний конец паразита закручен и несет 2 довольно широких, расширяющихся сзади крыловидных придатка. Ротовое отверстие окружено 3 губами почти одинаковой величины, с зубчатыми краями. Спикулы у самца длиною 1,7—1,9 мил., тупые. Влагалище у самки открывается в передней четверти тела. Яйца шарообразного типа, имеют тонкую оболочку, с хорошо выраженной зернистостью.

Цикл развития этого паразита в настоящее время можно считать установленным. Из яиц развиваются в воде, влажной почве и даже при консервировании в формалине молодые эмбрионы, которые, попадая в организм хозяина, проделывают в его органах миграцию с окончательным поселением в тонкой кишке. Паразит этот встречается у кошек и собак. Описаны неоднократные случаи инвазии этим паразитом человека в Англии, Германии, Дании, Австрии Италии, Румынии и Северной Америке. В нашем материале Belascaris marginata обнаружен в 19-ти случаях. Как правило мы имели довольно выраженную инвазию редко менее 10-ти экземпляров.

7. Sp. Toxascaris limbata Raillet et Henry 1901.

Встречается обычно у собак; этот вид долгое время смешивали с Belascaris marginata, что об'ясняется большим сходством названных паразитов при поверхностном макроскопическом исследовании. Отличается меньшими размерами самки 6,5—10 сант., самцы 4—6 сант. Передний конец тела обыкновенно искривлен, на нем расположены узкие боковые крыловидные придатки. Влагалищное отверстие у самки находится на переднем конце тела. Матка обычно коротка. Яйца овальной формы, снабжены довольно толстой, гладкой оболочкой.

Величина яиц в поперечнике 0,075—0,085 м. Как у некоторых других представителей семейства аскарид яйца Toxascaris хорошо развиваются в слабом растворе формалина, каковой является для них лучшей консервирующей средой.

Как доказано за последние годы (Brumpt, Fülleborn и др.) молодые эмбрионы Toxascaris limbata проделывают типический цикл миграции в организме своего хозяина подобно человеческой аскариде (Ascaris lumbricoides). Fülleborn'у и его ученикам удалось инвазировать яйцами этого паразита лабораторных животных—кроликов, морских свинок, крыс и мышей, во внутренних органах которых они проделывали типическую миграцию, вызывая в них целый ряд тяжелых патолого-анатомических изменений. Интересно отметить, что по наблюдению некоторых авторов (Brumpt), собаки вообще довольно скоро приобретают иммунитет к этому паразиту, а именно, будучи заражены собаки в течении 3-4-х месяцев спонтанно выделяют их и больше уже не инвазируются ими. Описаны случаи паразитирования этого вида у детей.

В нашем материале паразит обнаружен в 22 случаях. Лишь в 2-х случаях инвазия была довольно значительной (свыше 20-ти экземпляров), в остальных случаях наблюдалось по несколько экземпляров преимущественно в тонкой кишке.

Subordo Spirurata.

8. Sp. Spirocerca sanguinolenta Rud 1819.

Небольшая нематода, которая легко распознается по своему обычно кроваво-красному цвету. Ротовое отверстие окружено 6-сосочками. Самец длиною 3—5 сант., с неровными спикулами. Самка длиною 6—8 сант., хвостовой конец ее изогнут. Яйца длиною от 30—32 μ. шириною 11—14 μ. Паразитирует у собаки, волка и, вероятно, у некоторых других плотоядных животных. У собак она встречается в самых различных органах и тканях, как-то: в лимфатических железах, легких, бронхах, в опухолях грудной полости и полости живота, в особенности часто в стенках аорты. Главное ее местонахождение—желудок и пищевод. Встречается чаще в странах с теплым климатом; например, в Италии (10 проц.), в Пенджабе (42 проц.) и очень часто встречается на Северном побережьи Африки. В СССР найдено в Донском материале проф. Скрябиным и в Армении Поповым. Что касается желудочно-кишечного тракта, то Spirocerca Sanguinolenta в особенности часто локализируется в грудной части пищевода, в желудке и очень редко в 12-ти перстной кишке. Обычно мы встречаем немногочисленные опухоли, величина которых колеблется от лесного ореха до голубинного яйца. Опухоли овоидной формы, чаще плотной и реже мягкой консистенции. Слизистая оболочка, покрывающая опухоли, обычно кажется несколько покрасневшей. На слизистой, вернее в ее толще, особых изменений не наблюдается, кроме отверстий, ведущих из глубины опухоли в просвет органа. Опухоли ограничены снаружи мышечным слоем пищевода или желудка и состоят из фиброзной соединительной ткани, ограничивающей отдельные гнезда как-бы ячейки, наполненные жидкой иногда гноевидной, иногда кровянистого типа массой, в которой погружены спирально свернувшиеся паразиты. Количество паразитов, помещающихся в таких опухолях, бывает различно—от 1 до нескольких десятков. Morgani и Erkolani полагают, что Spirocerca sang. в личиночной стадии перфорирует слизистую оболочку органов и развивается в подслизистой. Располагаясь на стенках аорты, они вызывают резкое истончение стенок, вследствие чего нередко наблюдаются спонтанные разрывы аорты. Массовая инвазия спироцерками вызывает у собак припадки бешенства, так наз. pseudorabies. Что касается промежуточного хозяина этого паразита, то по Grassi таковым является таракан Periplaneta orientalis. Другие авторы отвергают это мнение и полагают (Seurat, Neuman), что промежуточным хозяином могут быть самые разнообразные животные: курица, жаба, еж, летучая мышь, жуки-копрофаги и никогда тараканы (Neuman).

В нашем материале мы обнаруживали Sp. sanguinolenta в 6-ти случаях, при чем в 4-х случаях в опухолях пищевода, в 1-м случае одновременно в пищеводе и желудке и в последнем случае в 12-ти перстной кишке.

9. Sp. Dochmoides stenocephala s. Uncinaria stenocephala.

Этот вид долгое время смешивали с собачьей анкилостомой, пока в 1884 году Raillet не описал их различия. Туловище более тонкое, чем у анкилостомы. Головка узкая. Ротовая капсула несет на каждой стороне по вентральной стенке хитиновые пластинки. Самец длиною 6—8 мил., хвостовой конец несет на себе 3-х дольчатую bursa. Спикулы двойные, длиною 520—750 μ. Самка длиною 8 -10 мил., хвостовой конец удлинен и находится под углом по отношению к туловищу. Отверстия vulv'ы расположены в задней трети тела. Яйца элипсоидной формы, длиною 63—76 μ, шириною 32—38 μ. В нашем материале

найден у 48 собак, т. е. в 31,1 проц. почти во всех случаях инвазия была слабо выражена, т. е. встречались или одиночные экземпляры, или-же в редких случаях по 10—12 экземпляров.

10. Ankylostoma caninum Erkolani.

Нематода беловатого цвета. Ротовая капсула слегка вздута, на вентральной ее поверхности каждой стороны имеется хитиновая пластинка-челюсть, свободный край которой представляется в виде 3-х изогнутых крючьев. 2 боковых сосочка расположены соответственно задней трети пищевода. Самец длиною 9—12 мил., хвостовой конец 3-х дольчатый, имеет тонкие парные спикулы, длиною 0,6—0,8 мил. Самка длиною 9—21 мил., хвостовой конец ее тупой.

Паразит чаще всего встречается у охотничьих собак, являясь бичем для охотников. В нашем материале мы имели 1 случай довольно слабо выраженной инвазии.

Subordo Dioctophymata.

11. Sp. Dioctophyme visceralis (gmelin 1791).

Является одной из самых крупных паразитических нематод. Самец длиною до 40 сантим., толщиною 4-6 мил., самки длиною до 1-го метра и до 12-ти мил. в толщину. Голова окружена 6-ю сосочками; вдоль боковых линий расположен ряд сосочков числом около 150-ти. Отверстие клоаки у самца терминальное; хвостовая бурса воротниково-образной формы, с утолщенными краями, которые усеяны сосочками. Спикулы около 5-6 мил. в длину. Vula у самки расположена на растоянии 50-70-ти мил. от головного конца. Красное цилиндрическое тело паразита покрыто исчерченной кутикулой. Яйца овальной формы, бурого цвета, покрыты толстой скорлупой, при чем поверхность скорлупы яиц усеяна, за исключением небольшего участка вокруг полюсов углублениями. D.—встречается в почечной лоханке человека, собаки, лошади, рогатого скота и волка: найден в кишечнике у тюленя. Находясь в почечной лоханке, паразит своим присутствием вызывает атрофию почечной ткани и обыкновенно от почки остается лишь одна соединительно-тканная капсула. Паразит был находим и в мочевом пузыре. Источник заражения этим паразитом, равно как и цикл его развития, до сих пор неизвестен. По Balbiani из яиц в воде или влажной почве развиваются личинки, которые могут жить годы, не превращаясь во взрослое состояние. Экспериментальная инвазия собак зрелыми яйцами не удалась, так что приходится предположить существование здесь промежуточного хозяина. Ciurea (1922) предполагает, что промежуточным хозяином паразита является рыба Jdus melanotus, в мускулатуре которой ему удалось найти как будто весьма маленькие личинки Dioctophyme visceralis. Скармливая этих рыб 4-м щенятам, он в 1 случае получил заражение. Работы Ciurea требуют дальнейшей проверки. В нашем материале мы имели 2 случая заражения собак этим паразитом. В обоих случаях паразит самец был находим в почечной лоханке, при чем ткань почки была совершенно атрофирована.

На основании наших исследований мы позволяем себе сделать нижеследующие выводы: 1) 100 проц. собак в Белоруссии заражены паразитическими червями, 2) чаще всего у собак встречаются цестоды (96 проц.) и нематоды (62 проц.), 3) самым частым паразитом является Dipylidium caninum в 46,8 проц., 4) из нематод чаще других встречается Dochmoides stenocephala, 5) чаще наблюдалось нами заражение 2-мя видами паразитических червей; наиболее часто комбинируется инвазия Dipylidium caninum и Toxascaris limb, а также Dipylidium caninum и Taenia hydatigena, 6) наличие у собак в Белоруссии Echinococcus gran

в 7,1 проц. является довольно серьезной угрозой в смысле заражения населения названным паразитом.

Литература:

1. К. И. Скрябин. Паразитические Nematodes пресноводной фауны Европейской и, отчасти, Азиатской России—1923 г.
2. К. И. Скрябин. Паразитические черви собак Донской области 1923 г.
3. Он-же. Аскариды—1925 г.
4. Попов.—Паразит. черви домашних плотоядных Армении, 1924 г.
5. А. М. Петров.—К фауне параз. червей домашних плотоядных Туркестана.
6. Braun-Seifert—Die tierische parasiten der Menschen. B. I, 1925
7. Brumpt.—Precis de parasitologie. Paris, 1922
8. Fiebiger.—Die tierischen parasiten der naus und Nutztiere, 1923
9. Neuman L.—Traite de maladies parasitaires non microbiennes des animaux dcmestidues, 1892
10. B. Underhill.—Parasites and parasitosis of the domestic animals, New York, 1924.
11. Мари.—Патологическая анатомия, 1914 г.
12. Павловский.—Руководство по паразитологии.

К вопросу о самопроизвольном разрыве матки во время родов.

Из акушерско-гинекологической клиники Белорусского Государственного Университета. (Директор проф. М. Л. Выдрин).

Ординатор клиники Г. А. Кроль.

Одним из самых грозных осложнений в течение родов является разрыв матки. Частота разрывов матки у разных авторов отмечается различно: по Bandl'ю приходится один случай разрыва на 1200 родов, Braun'у—один на 2500, Schäffer'у—один на 666, Koblanck'у—один на 462; по последним сведениям Базельской клиники на 34.000 родов было 30 случаев разрывов. Результаты лечения разрывов матки крайне неутешительны. Так, по статистике Petren'а из 675 собранных им леченых разрывов матки погибло 453, т. е. 67,1 проц., по Schmidt'у смертность равна 65,5 проц., а по Brininhaus-Braun'у она равняется 64 проц.

Надо принять во внимание, что приводимую статистику нельзя считать истинным отражением процента смертности, так как в нее попали случаи из клиник или оборудованных больниц, где имеется всегда все наготове, чтобы оказать немедленно необходимую помощь, каковой самой радикальной и более или менее надежной для спасения больной является чревосечение.

Принимая во внимание такую большую смертность даже леченых случаев, понятно, что спасение надлежит искать не в лечении, а в профилактике, в своевременном распознавании угрожающего разрыва и предупреждении его. Естественно, что изучению этого явления уделялось и уделяется довольно много внимания, и вокруг этого вопроса возникают разные споры, стремящиеся пролить свет, как на этиологию его возникновения, так и на предрасполагающие моменты.

И вопрос этот одно время с появлением учения Bandl'я оказался уже разрешенным, и такой авторитетный ученый, как Schauta высказал мнение, что „согласно теперешнему состоянию наших знаний относительно этиологии разрывов матки, чем мы в особенности обязаны пытливому уму Bandl'я можно утверждать, что при тщательном наблюдении и правильной оценке положения вещей почти всегда можно избежать разрыва".

Однако мы и теперь еще часто встречаем в литературе сообщение об этом, правда, редком, в смысле проц. отношения к общему количеству родов и даже паталогических, но грозном явлении—разрыве матки. И приходится усомниться в том, действительно ли так просто обстоит дело с этим вопросом и можно ли было бы согласиться с мнением Freund'а, что диагноз угрожающего разрыва может быть поставлен не только врачем, но и акушеркой или стать на точку зрения Вербова, который считает, что этот вопрос должен заново быть поставлен во всем об'еме, хотя он и считается давно разрешенным.

Клиническая картина угрожающего разрыва, как она изображена в большинстве пособий по акушерству, вырисовывается из совокупности следующих симптомов: высоко стоящее контракционное кольцо, частые сильные схватки, сильная болезненность родового акта, все увеличивающееся беспокойство больной, боязливый взгляд, метание больной на постели, учащение пульса и повышение температуры, высокое стояние верхушки мочевого пузыря, сильное натяжение круглых связок; однако мы имеем описание случаев, где симптомы угрожающего разрыва так не резко выражены, что самый разрыв, не говоря уже о его предвестниках, проходит самым незаметным образом, не только для опытного глаза, но и для самой пострадавшей.

Bandl своей теорией о механизме родов старался раз'яснить, каким образом происходит разрыв мышцы. Он отличает активную часть матки от пассивной. Хотя насчет точных границ между пассивной и активной частями нет единого мнения, однако целый ряд авторов, как Schröder Freund признали теорию Bandl'я. Сущность этой теории, как она изложена у Schaut'ы и Freund'а сводится к следующему: с началом схваток, во многих случаях уже во время беременности, та часть матки, которая лежит ниже плоскости наибольшей периферии предлежащего черепа растягивается вследствие того, что она постепенно натягивается на наибольшую окружность головки, а с началом потуг последняя вгоняется в соответственно расширенную часть родовой трубки. Расширение последней начинается с нижнего сегмента матки и подвигается оттуда постепенно на нижележащие участки цервикального канала до самого наружного отверстия. Соразмерно с растяжением нижнего сегмента матки и шейки расширяется и маточный зев, и при известной степени растяжения расширение зева достигает такой степени, что через него проходит предлежащая часть плода rsp. головка, если нет препятствий поступательному движению таковой. Вместе с этим прекращается дальнейшее растяжение нижнего сегмента матки и шейки, и дальнейшая работа матки сводится к продвижению плода во влагалище. Если же имеется при черепном предлежании значительное препятствие поступательному движению предлежащей части плода, последняя, прижавшись ко входу в таз, ущемляет шейку матки, и препятствует расширению наружного зева и по мере того, как внутренний зев, отходит выше входа в таз, шейка матки чрезмерно растягивается. При дальнейшей родовой деятельности ввиду усиливающегося внутриматочного давления, растяжение все увеличивается, и шейка и нижний сегмент лопаются; это же растяжение нижнего сегмента и сопровождающее его чрезмерное сокращение полого мускула устанавливает разницу в толщине ткани растягивающей и растягиваемой, т. е. кольцо сокращения.

В прямой противоположности к только что описанной теории стоит точка зрения Вербова, говорящая, что пока разрыв, вернее надрыв не начался, хотя бы в малейшей степени до тех пор и нет никаких явлений. Явления начинаются с началом нарушения целости маточной ткани; последнее есть результат того, что хрупкая ткань маточной мышцы не выдерживает повышения внутриматочного давления, Наряду с ранением и вследствие его проявляется нарушение физиологической функции рождающей матки, выражающееся в неправильных схватках, имеющих судорожный характер. Но еще раньше проявляется функциональная недостаточность мышцы, выражающаяся в слабости схваток и свидетельствующая об изменениях в ее строении. Здоровая мышца может развить при родах колоссальную силу, и все это не поведет к разрыву. Матка, уставши, перестанет на время

работать, появится вторичная слабость потуг, но, отдохнувши опять начнет работать и, если ей не удастся преодолеть сопротивление, она, по мнению Scanzoni, впадет в состояние паралича, больная погибнет при явлениях высокой температуры, если не будет разрешена оперативным путем, но разрыва не будет.

Кольцо сокращения в том смысле, как оно об'яснено Bandl'ем, Вербовым отвергается. Отсутствие вала не свидетельствует об отсутствии опасности, как думали до сих пор; наличность его еще тоже не говорит о начинающемся разрыве.

То обстоятельство, что повторнородящие чаще подвержены разрыву матки, чем первородящие, освещается различно с точки зрения приводимых двух воззрений.

Вербов об'ясняет это тем, что дело вовсе не в растяжении мышцы, как думает Schauta, а в строении самой мышцы. При первых родах, если имелось такое с'ужение, таза, что мышца в конце концов все-же справилась с родами, таковая настолько, однако, может измениться в своем строении и стать хрупкой, что она при последующих родах не выдерживает того внутриматочного давления, необходимого для повторного преодоления сопротивления. И если нет единства во взглядах насчет теории угрожающего разрыва матки, то тот факт, что в литературе как русской, так и иностранной, довольно часто появляется описание случаев разрыва матки при том даже у рожениц, находившихся под наблюдением в клиниках—в Базельской клинике из 30 случаев разрыва 14 случилось в самой клинике—с достаточной ясностью указывает на то, что клиническая картина угрожающего разрыва далеко не ясна. Повидимому, предупредить разрыв матки даже при тщательном наблюдении не всегда удается.

Останавливаясь на частоте отдельных симптомов, которое принято считать верными признаками угрожающего разрыва, считаем интересным отметить следующее сообщение: из 8-ми случаев разрыва матки, описанных Вербовым, только в 3-х имелось кольцо сокращения и то в одном случае оно отмечено через 25 минут после того, как отошли первые воды, смешанные с кровью, следовательно, после разрыва. В случаях, описанных Hoek'ом, Schwab'ом, Чистяковым и Якобсоном, кольцо сокращения не отмечается.

Относительно значения силы схваток тоже нет единства. Treub придает этому симптому важное значение и описывает при разрывах очень частые сильные схватки. Д-р Марков придерживается того мнения, что в очень частых и сильных схватках лежит угроза наступающего разрыва. Bumm полагает, что сильные одно за другим следующие сокращения увеличивают опасность разрыва. Имеется, однако, целый ряд случаев, где схватки были очень слабо выражены, так: в случаях Якобсона только однажды имелись сильные схватки, потребовавшие хлороформирования, в другом случае сильных схваток не было; в случае Чистякова, „родовая деятельность была крайне вялая" и только перед самым разрывом появились судорожные боли, которые по теории Вербова можно принять, как признак начавшегося уже разрыва.

Говоря о причинах, являющихся предрасполагающим моментом для разрыва матки, надлежит остановиться на препятствиях со стороны родовых путей. В первую очередь имеет место несоответствие между предлежащей частью, resp головкой и тазовым кольцом; сюда относится с одной стороны—узкий таз, с другой—непомерно большая голова. Из других моментов, служащих препятствием в родовом пути, можно отметить: ригидность шейки, vagino и ventrofixatio поперечное положение, ненормальное вставление головки и даже особая сопротивляе-

мость яйцевых оболочек. (Schauta) „Преодоление всех этих препятствий требует усиления родовой деятельности. Результатом последнего является увеличение внутриматочного давления, которое иногда превышает то давление, к которому приспособлена данная мышца и наступает разрыв.

Но одно повышение внутриматочного давления нельзя считать причиною разрыва, тем более, что имеются случаи разрывов матки во время беременности и в начале родов, а также в случаях, где родовая деятельность была не очень сильная. Не малую, а должно быть главную роль играет строение мышцы. Обратимся к литературным данным и мы убедимся, что разрывы матки без существующего предрасположения в строении таковой очень редки. В этом смысле высказывается Bumm, который утверждает, что нормальная маточная мышца выдерживает очень долго при медленном растяжении и может быть истончена до нескольких миллиметров и не разрываться. Наоборот, если эластичность мышечной ткани уменьшена каким-нибудь патологическим изменением и таким образом создано до известной степени предрасположение к разрыву, последний иногда неожиданно наступает. Так влияют рубцы, явившиеся результатом бывших неполных разрывов, и это об'ясняет также то, почему у повторнородящих полные разрывы значительно чаще наблюдаются, чем у первородящих. Далее, при известных аномалиях развития, как-то при uterus arcuatus при uterus infantilis, uterus unicornis или binornis.

Нередко встречается сильное истончение маточных рогов; во время родов область прикрепления труб выпячивается ввиде пузыря или кисты и при сильном повышении внутриматочного давления может лопнуть на таком сильно истонченном месте. Далее предраспологающим моментом для разрыва матки может служить рубец от бывшего при одних из прошлых родов прободения матки. Как старые рубцы после разрывов, так и рубцы от Кесарева сечения тонки, распространяются на большой поверхности и противодействие их столь ничтожно, что они могут лопнуть и без сильного натяжения, благодаря лишь внутриматочному давлению. Разрывы матки после Кесарева сечения были очень частым явлением, чуть ли не в 50 проц., особенно в случаях не первичного заживления раны после операции. По этому поводу в литературе имеется много сообщений; из них достойны быть отмечены сообщения о двух случаях Heidler'a и Kermanner'a, в которых разрывы на месте рубцов произошли таким образом, что под влиянием внутриматочного давления рубец истончился и при движении плода мелкие части последнего пробуравили истонченную мембрану стенки. Важно отметить, что по заявлению Heidler'a еще не описан ни один случай разрыва матки после extraperitoneal'ного Кесарева сечения.

Предрасполагающим моментом является дальше placenta accreta; в этих случаях изменение стенки матки состоит в разращении и врастании ворсинок chorii в мышечную ткань при одновременном увеличении количества соединительной ткани—случаи Ледомского, Neumann'a.

Последнее время стали появляться описания случаев разрывов матки, которые инкриминируются исключительно выскабливанию, случаи Staude, Hoehne Schultheiss, Steche и Богуша.

Что хроническое воспалительное заболевание стенки матки играет крупную роль в этиологии разрывов свидетельствует целый ряд случаев: в случае Белоручева патолого-анатомическое исследование дало хронический метрит с резким изменением главным образом в области нижнего сегмента матки, где к резко выраженному атрофиче-

скому процессу мышц присоединилось образование в подслизистой ткани толстого соединительно-тканного тяжа, как бы рубца. В случае Ледомского микроскопическое исследование показало значительное развитие соединительной ткани, как в самом месте разрыва, так и в дне матки. Этот же автор приводит целый ряд случаев Алексеенко, Дубенского и др., где хронический интерстициальный метрит был констатирован, как причина разрыва. Fleschmann из Вюрцбургской клиники сообщает о случае разрыва матки, где им при микроскопическом исследовании была установлена высокая степень жирового перерождения мышцы и стенок сосудов, в особенности intima. Жировое перерождение явилось результатом бывшего за год до разрыва воспаления брюшины. Döderlein ставит связь между сифилисом и разрывом матки, по крайней мере в 3-х случаях он никакой другой причины не мог найти, кроме сифилиса. Наконец, в работах Давыдова, Иванова и Paznier очень подробно разработан вопрос о значении строения маточной стенки, в частности эластической ткани, в этиологии разрывов. Вербов на основании исследования Roth'а того мнения, что причину разрыва надо искать в тончайших изменениях мышцы матки, и тот факт, что в определенном количестве случаев не найдено изменений в мышцах матки, следует отнести за счет недостаточности методов исследования. Из всего изложенного видно, какую большую роль при разрывах матки играет строение ее мышцы.

В кратких словах остановлюсь на симптомах уже происшедшего разрыва. И здесь можно отличить случаи, где симптомы резко бросаются в глаза, и мы имеем картину резкого коллапса, симптомы внутреннего кровотечения от случаев, где никакие признаки не наблюдаются, и разрыв распознается после родоразрешения (Heidler, Якобсон). Как особый признак наступившего разрыва задней стенки матки с образованием ретроперитониальной гематомы следует считать наступающую вместе с изменением характера родовых схваток боль в нижних конечностях, сопровождающаяся цианозом и отеком последних с последующим невритом, атрофией и затруднением при ходьбе.

В нашей клинике имел место случай разрыва матки, который представляет интерес с точки зрения приведенных здесь положений.

Случай следующий:

Гр. А. Б., 36 лет, крестьянка, занятие—домашняя хозяйка, поступила в клинику 31 декабря 24 г.

Анамнез: замужем 7 лет; наступление первых месячных не помнит, установились сразу через 4 недели по 3-5 дней, с болями. Последние регулы в марте, 4-ая беременность. Первые 3 беременности протекли нормально, закончились все срочными родами, при чем первые роды были довольно продолжительные—1 с пол. суток; ребенок родился мертвым. Вторые роды закончились рождением живого ребенка. Те и другие роды протекли без акушерской помощи в деревне. 3-ья беременность закончилась срочными родами год тому назад, при которых было поперечное положение, произведен был поворот. Все послеродовые периоды протекли нормально. Настоящая беременность тоже протекла нормально. Первого движения плода не помнит. Из перенесенных болезней отмечает: корь и сыпной тиф. Со стороны наследственности больная ничего особенного не отмечает. До прибытия в клинику исследована в деревне акушеркой. Схватки начались накануне в 5 часов вечера; воды отошли дома в полночь.

При поступлении 31-XII утром температура 37,2; пульс 80, хорошего наполнения. Наружный осмотр: дно матки посредине между пупком и мечевидным отростком, продольное положение, первая по-

зиция, сердцебиение плода 128 в минуту, слева ниже пупка на 2 пальца. Брюшная стенка отвислая. Измерение таза D. Sp 26, Cr 28, Tr 29 с половиной, C. E. 18 с половиной.

Наибольшая окружность живота—94 сантиметра.

Половые части: наружные половые органы отечны, зарубцевавшийся разрыв промежности второй степени; влагалищная часть шейки матки сглажена, открытие на четыре пальца, края толстые, пузыря нет, предлежащая часть, головка во входе в таз. Conj. diagonalis—11 сан.

Схватки слабые, потужная деятельность отсутствует. Общее состояние больной удовлетворительное, мочеиспускание нормально, кишечник очистился после клизмы.

1 час дня. Температура 38,2, пульс 84, схваток почти нет, потуги совершенно отсутствуют. При наружном осмотре стенки матки не напряжены, над входом в таз прощупывается круглая, плотная предлежащая часть, бугристая с правой стороны, повидимому личико; при повторно-внутреннем исследовании St. idem. Общее состояние больной вполне удовлетворительное.

4 часа дня. Состояние родов такое же; температура 38,4; пульс 96. Больная жалуется на общую слабость; об'ективно состояние удовлетворительное. В виду того, что температура повышается, родовая деятельность почти отсутствует. Решено приступить к искусственному окончанию родов: впрыснуть pituitrin с тем, чтобы наложить щипцы, если-бы головка немного опустилась; в противном случае или в случае неудачи пробных высоких щипцов произвести перфорацию на живом плоде.

4 часа 25 минут. Вспрыснут pituitrin (Pituitrin (infeud) Ext the Britisch Drug Haules Ltd London) 1 ампулла. Через 10 минут появились боли внизу живота, отличавшиеся своей непрерывностью и становившиеся все сильнее и принимавшие судорожный характер; потужной деятельности нет.

При осмотре живота внизу над лонным сочленением прощупывается круглая опухоль, отграничивающаяся кверху бороздой, проходящей поперечно на 2 пальца ниже пупка. Матка поверх борозды уплощена. На глазах борозда продвигается выше до уровня пупка, ниже лежащая опухоль увеличивается. Борозда ползет кверху и через несколько минут исчезает. Живот вздувается. Общее состояние больной меняется. Появляются явления шока. Пульс очень слабого наполнения, 130 в минуту. Под брюшным покровом прощупываются части плода. Сердцебиение плода не прощупывается. Поставлен диагноз ruptura uteri и через 30 минут приступлено к чревосечению (проф. Выдрин). По вскрытии брюшной полости в таковой обнаружена кровь и свободно лежащий плод, тут же и отделившаяся плацента. Обнаружен разрыв шейки матки и нижнего ее сегмента справа и спереди длиною в 10-12 сант., тело матки отклонено влево. Произведено полное удаление матки, в отверстие влагалища вставлен тампон. Удаленный из брюшной полости плод оказался доношенным мальчиком весом в 3800 гр. На третий день появились явления, начинающегося перитонита; на шестой день exitus letalis.

Патолого-анатомическое исследование препарата матки дало следующие результаты: (диагноз директора патологического института БГУ проф. Титова.)

„Случай разрыва беременной матки“.

Для микроскопического исследования были взяты кусочки из разных мест матки: дна, тела, шейки и несколько кусочков из мест разрыва на различной высоте. Микроскопическая картина сделанных

срезов получилась не одинаковая. В препаратах, взятых из дна и тела матки, мышечные волокна не так тесно расположены, как в нормальной матке, они значительно толще нормальных, ядра их увеличены в об'еме и слабо окрашены. Совершенно другую картину представляют срезы в области разрыва: мышечный слой обильно инфильтрирован лейкоцитами, последних особенно много по краю его, затем они проникают в толщу маточной стенки. Эпителий слизистой матки набух, основа слизистой состоит из децидуальных клеток, между которыми находятся очаги кровоизлияний, глубоко проникающих в толщу маточной стенки. Мышечные волокна во многих местах отсутствуют и замещены развившейся в значительном количестве частью волокнистой, а частью клеточной соединительной тканью; среди мелких клеток последних встречаются и крупные клетки с большим ядром и значительным количеством протоплазмы, а также довольно много лейкоцитов и эритроцитов. Местами среди тяжей соединительной волокнистой ткани видны остатки мышечных волокон, располагающихся или одиночно или небольшими группами. Мышечные волокна здесь истончены, промежутки между ними расширены; межмышечно-соединительная ткань отечна. Одновременно с явлениями разростания соединительной ткани наблюдаются изменения и в сосудах. Сосуды расширены, переполнены кровью, количество их резко увеличено, построены они по типу вен. Количество артерий значительно меньше; стенки их утолщены разросшимся и набухшим эндотелием, так что во многих артериях просвет почти совершенно отсутствует. Попадающиеся одиночные железы расширены и наполнены секретом. Эпителий многих желез в общем утолщен, местами сплющен.

Таким образом на месте разрыва сразу бросается в глаза резкое увеличение волокнистой старой фиброзной ткани, развившейся уже давно, повидимому после бывших когда-то надрывов.

Резкое расширение венозных сосудов, переполнение их кровью свидетельствует, конечно, о венозном застое, что должно было ухудшить питание ткани, сделать ее более рыхлой, отечной и потому легче рвущейся.

В нашем случае мы таким образом имеем: 1) повторнородящую с предыдущими тремя родами, из которых двое окончились самостоятельно, хотя и были довольно продолжительными, и в одном случае даже рождением живого плода; при одних же родах было вмешательство—поворот по поводу поперечного положения; 2) при настоящих родах имелась слабость родовой деятельности и все время нахождения больной под нашим наблюдением не имелось никаких признаков угрожающего разрыва; 3) с'ужение входа в таз на 2 сант. крупный плод; 4) наступивший полный разрыв матки через 10 минут после однократного вспрыскивания pituitrin'а в количестве 1 куб. сант.; 5) резкое изменение строений стенки матки.

Если подойти к случаю с точки зрения приведенных здесь теорий то, став на точку зрения Bandl'я, мы не имели абсолютно никаких оснований предполагать возможность наступления разрыва. Не было в нашем случае ни кольца сокращения, ни сильной родовой деятельности, ни напряжения маточной стенки, ничего другого, что могло бы нам указать, что мы можем опасаться разрыва матки. Если же мы обратимся к точке зрения Вербова, то мы здесь имеем много указаний, совпадающих с теми предвестниками, которые он ставит во главу угла при распознавании угрожающего разрыва матки: относительно с'уженный таз, предшествовавшие затяжные роды, закончившиеся, однако, благополучным для матери самостоятельным родоразрешением, в одном

случае благополучно даже и для ребенка. При чем при этих родах маточная мышца настолько могла измениться этой продолжительной и усиленной работой, что при последующих родах мышца должна была оказаться несостоятельной в работе; мы имеем в анамнезе, кроме того, при третьих родах поворот и, согласно, патолого-анатомическому исследованию (рубец старого происхождения) имеем возможность предположить надрыв стенки матки при бывшем повороте.

Мы и имеем в нашем случае слабость родовой деятельности, которую нужно рассматривать, как функциональную недостаточность мышцы, вследствие изменения строения всей стенки матки, что установлено патолого-анатомическим исследованием.

Усиление родовой деятельности после впрыскивания pituitrin'а вызвало повышение внутриматочного давления, к которому измененная маточная мышца оказалась неприспособленной и при первом же действии медикамента на мышцу наступил разрыв.

В последнее время в иностранной литературе стало появляться много работ, разбирающих вопрос о том, насколько pituitrin и вообще вытяжки гипофиза являются средствами не безразличными по последствиям их действий на мать и ребенка. Вопрос этот довольно обстоятельно разобран в работе Burger.

Это общеизвестное медикаментозное средство нашло себе применение в медицине и в частности в акушерстве сравнительно не давно.

Первые опыты применения этого средства в борьбе со слабыми схватками в периоде изгнания были проделаны в клинике Hofbauer'а в 1911 г. В первых шести случаях применение его увенчалось полным успехом, и опубликование этих случаев вызвало среди акушеров большой энтузиазм. Последний был вполне понятен. Вскоре, однако, появились тревожные сведения: наряду со случаями с полным неуспехом применения стали наблюдаться и случаи с неблагоприятным исходом как для матери, так и для ребенка. Эти наблюдения заставили сознаться, что это средство не является панацеей, как думали вначале, но что применение его должно быть ограничено, что оно должно иметь свои показания для применения.

Что касается того, каким образом действует pituitrin, то полагают, что экстракт действует непосредственно на гладкие мышцы без посредства нервной системы, другие полагают, что экстракт производит чисто чувствительное действие, т. е., подымая тонус мышцы, он делает ее чувствительной к нормальным импульсам.

Guggenheim высказывает мнение, что экстракт действует на различные эндокринные железы и заставляет их произвести средство, вызывающее сокращение матки и, в зависимости от продукции эндокринными железами соответствующего возбуждающего средства, находится и степень действия.

Что касается того, при каких условиях разрешается применение pituitrin'а, то по мнению Foges'а условия те же, что для наложения щипцов, т. е. полное открытие зева и плотное вставление головки в таз, другими словами: pituitrin применялся с успехом в периоде изгнания, отнюдь не в периоде раскрытия. Это стоит в противоречии с сообщением некоторых авторов, что pituitrin может быть применен в периоде открытия. Jacobu приводит большое количество случаев, где он применял pituitrin в периоде открытия с успехом, правда, в малых дозах. Тут уместно будет коснуться, хотя бы кратко того, на какую часть матки действует pituitrin. Bigler в своих исследованиях доказал, что экстракт не обнаруживает разделения в функциях между телом и шейкой; он всегда мог установить действие сокращения как на тело, так и на шейку.

Стоя на этой точке зрения, прав, конечно, Foges, настаивающий на том, чтобы имело место полное открытие зева при применении pituitrin'а ибо в противном случае создаются антагонисты. Что же касается применения малых доз, то, если стать на ту точку зрения, что в матке различают пассивную и активную части и шейка является пассивной частью, то можно допустить, что она менее чувствительна к pituitrin'у чем тело. Вот почему и получились, может быть благоприятные результаты в смысле раскрытия зева при употреблении малых доз в случаях Steina и Jacoby.

Перейдем теперь к тем данным, которые имеются как результаты применения pituitrin'а. За два года применения его в Страссбургской клинике не было ни одного случая наложения высоких щипцов на 2360 родов. Sachs на основании своего опыта мог то же подтвердить. Что касается щипцов вообще, то по сведениям Burger проц. применения таковых в его клинике понизился с 4,5 проц. до 1 с половиной проц. Ускоряя роды, тем самым мы уменьшаем опасность инфекции. Наступающее иногда после применения pitutrin'а атоническое кровотечение можно легко ликвидировать новым впрыскиванием того же средства или лучше ergotin'а. Имеется целый ряд случаев, где применение этого средства дало неблагоприятные результаты. M. Żelorier сообщает о 53 случаях разрывов матки после впрыскивания pituitrin'а. Хотя это количество ничтожно с общим количеством благополучных родов, при которых был применен pituitrin все же эту цифру обойти нельзя. Poulliot настаивает, что цифра эта не верна, он ее снижает до 33. Все эти случаи собраны в работе Burger. Из общего количества приведенных этим автором случаев часть приходится откинуть, так как о них нет никаких клинических указаний. Относительно остальных 18 случаев разрыва матки можно сказать следующее: в 2-х случаях pitutrin был впрыснут при нераспознанных запущенных поперечных положениях, эти случаи комментарий не требуют; в 2-х случаях был произведен поворот, в одном даже трудный, по Braxton-Hicks'у, в одном случае были наложены высокие щипцы. Так как во всех этих случаях нельзя быть уверенным в том, что во время операции не был произведен надрыв, а pituitrin только закончил разрыв, то и эти случаи приняты во внимание быть не могут. В одном случае имелось спастическое состояние маточной мышцы. В 4-х случаях был относительно с'уженый таз у повторнородящих с количеством предшествующих родов не менее 5, при чем у всех предыдущие роды были затяжные и заканчивались оперативным вмешательством; в 6 случаях таз был нормальный и было полное соответствие между головкой и родовыми путями; имелась только слабая родовая деятельность. И здесь речь идет о повторнородящих с количеством родов от 5 до 14, при чем в одном случае имеется в анамнезе указания на 4 выскабливания в течение последних 3-х лет; в другом случае имелось в анамнезе 7 естественных абортов без выскабливания. Во всех этих 10 случаях имеется налицо или усиленная работа маточной мышцы при предшествовавших родах или вообще чрезмерная работа мышцы в связи с большим количеством беременностей. Результатом могло явиться изменение самой мышечной ткани с одной стороны, с другой — чрезмерное развитие в маточной стенке интерстициальной соединительной ткани. Причина здесь в общем та же, почему вообще разрывы бывают чаще у повторнородящих, чем у первородящих. В тех же случаях, где в анамнезе имеется большое количество случаев кровотечения по поводу абортов, можно тоже допустить изменение маточной стенки, что и служило причиной абортов. К сожалению ни в одном из приведенных случаев не было произ-

ведено патолого-анатомическое исследование, по крайней мере, об этом не упоминается. В нашем случае имеется микроскопически установленное изменение маточной стенки. На основании этих данных можно сказать, что стенка не была приспособлена для нормальной работы и не могла противостоять внутриматочному давлению, вызванному сокращением матки после впрыскивания pituitrin'а. Нужно думать, что pituitrin явился не прямой причиной разрыва, а он только ускорил разрыв, который и так бы наступил, если бы матка стала опять активной и начала сокращаться. На основании нашего случая и данных, собранных нами в литературе, можно притти к следующим выводам:

1. Не всякое прекращение родовой деятельности или ослабление таковой нужно рассматривать, как вторичную слабость потуг.

2. На слабую родовую деятельность можно смотреть как на самозащиту организма в том смысле, что эта ослабленная деятельность, являясь результатом функциональной недостаточности мышцы, вследствие изменений в ее строении, в то же время не дает возможности мышце чрезмерно растягиваться при сокращении и предупреждает этим разрыв.

3. Pituitrin, как средство, усиливающее сокращение матки и увеличивающее внутриматочное давление, может быть употреблен тогда, когда мышца не потерпела никаких изменений в своем строении и может справиться с усиленной работой, что, однако, не всегда заранее можно установить.

В заключение считаю своим долгом выразить мою искреннюю благодарность директору клиники, профессору *М. Л. Выдрину* за указания при работе, директору патолого-анатомического института, проф. *Н. Т. Титову* и помощнику прозектора по той же кафедре врачу *С. М. Савельзон* за патолого-анатомическое исследование.

О вправлении вывихов плеча.

Врач В. И. Мирер.

В последние годы был вновь поднят вопрос о методах вправления вывихов плеча, при чем проф. Ю. Ю. Джанелидзе[1]), как известно, предложил свой метод вправления, состоящий в следующем: для вправления плеча пациент укладывается больной стороной на стол так, чтобы надплечье, вывихнутая рука и голова выдавались за головной конец стола; поддерживание головы поручается служителю. Очень важно, чтобы край доски стола тесно входил в подмышечную ямку: этим достигается хорошее прилегание и фиксация наружного края лопатки к плоскости стола. Вывихнутая рука оставляется в течение нескольких минут в положении свободного свисания, чем достигается утомление и расслабление мускулатуры, окружающей сустав. Хирург сгибает предплечье вывихнутой руки в локте до горизонтали; фиксирует запястье ее своей разноименной рукой, а ладонью одноименной руки давит по вертикали вниз, нажимая на сгибательную сторону предплечья у самой кубитальной складки. К этому давлению присоединяются легкие ротаторные движения. В результате такого вытяжения плечо вправляется легко и быстро, зачастую незаметно для самого хирурга. Этот способ применен д-ром К. В. Волковым[2]) в 5 случаях с очень хорошими результатами; эти 5 случаев были не свежими вывихами плеча, а именно: 3 сл.—7-днев. давности, 1 сл.—10-дневной и 1 сл.—3-х недельной давности. Во всех этих случаях был применен наркоз (от $10,_0$ до $20,_0$). В результате своего опыта д-р Волков находит много преимуществ в применении способа Джанелидзе перед другими способами вправления вывихов плеча.

По этому поводу нам желательно поделиться своим опытом вправления вывихов плеча по другому способу, который стал нам известен с 1919 года, когда мы работали в заведуемой проф. В. И. Кудинцевым хирургической клинике Ж. М. И. в гор. Харькове. Способ этот состоит в том, что больной ложится на стол на спину так, что его рука и больное плечо заходят за край стола; хирург помещается со стороны больной руки, при чем б-ной этой (пострадавшей) рукой обхватывает талию (поясницу) хирурга. Если вывихнута, скажем, правая рука, то в подмышку б-ного входит левый бок хирурга; правой рукой б-ной обнимает врача, который кладет свою левую руку на плечо больного и следит за движением во время вправления вывихнутой

---

[1]) Проф. Ю. Ю. Джанелидзе. „Вестник хир. и погр. обл." т. I, кн. 3.

[2]) К. В. Волков. „Врачебное Дело", № 7, 1925, стр. 537.

головки плеча, а правой крепко прижимает к своему правому боку кисть руки больного. В начале вправления хирург лицом обращен к ногам больного; делая поворот всем корпусом, хирург поворачивается к лицу больного, и в этот момент головка вправляется, при чем левая ощущает как движение головки к суставной впадине, так и момент вправления. Все это продолжается меньше минуты.

Мы применяли этот метод во всех встретившихся нам случаях вывихов плеча, среди которых некоторые были 3—5 дневной давности, и во всех получили легкое и быстрое вправление.

Первые случаи относятся к нашей работе в 1-й Советской б-це в гор. Старобельске (Донбасс). Особенно запомнился нам случай несколько застарелого вывиха правого плеча, 5-дневн. давности, соединенный с переломом предплечья той-же (правой) руки. Перевязав предплечье, один из наших сотрудников (весьма опытный) перепробовал все методы, вплоть до применения своей пятки, но вправления вывиха не получил. Применение мной описанного выше способа привело к крайнему удивлению упомянутого сотрудника, к быстрому вправлению (больной находился уже под общим наркозом в виду применения других способов), которое, правда, было в данном случае все же несколько труднее, чем в свежих случаях.

За последний год нам пришлось вправлять несколько случаев вывихов плеча в Хир. Фак. Клин. Б. Г. У. и в амбулатории 1-й сов. б-цы г. Минска.

Первый случай относится к одному педагогу, явившемуся в клинику через несколько часов после вывиха правого плеча. Больной, крайне нервный суб'ект, настаивал на применении общего наркоза. Предложив помогавшей мне сестре сделать вид, якобы она собирается давать наркоз, я положил б-го на стол, легонько продвинулся между его туловищем и больной рукой, которую осторожно обвел вокруг своей талии, крепко фиксировал своей кистью кисть б-ного, произвел поворот своего туловища и немедленно же получил вправление вывиха. Больной, лицо к-рого выражало сильное страдание и страх, сразу перестал беспокоиться и, повидимому, был крайне удивлен быстротой полученного облегчения. Также легко удалось вправление в следующих затем 2 случаях, доставленных в клинику в течение того же месяца. Все эти случаи представляли вывихи головки впереди.

В амбулатории, кроме подобных же случаев, был один вывих в подмышечную впадину внутри; б-ной прибыл на 4-й день после вывиха. Желая продемонстрировать студентам всю простоту этого способа, я предложил одному студ. 4 курса вправить вывих. Однако, в этом случае, это как раз не было столь легко, как в свежих случаях; а может быть неопытность студента заставляла его бояться применения слишком большой силы, так как у меня и в данном случае вправление легко удалось.

На основании своих случаев мы и решаемся рекомендовать товарищам применение этого простого способа вправления, который имеет, по нашему мнению, некоторые преимущества перед другими методами, в частности—проф. Джанелидзе.

Преимущества эти мы видим в следующем: прежде всего нам кажется, что метод проф. Джанелидзе требует помощников, которые совершенно не нужны при применении описываемого способа (за исключением, разумеется, наркоза, если бы он потребовался, чего обыно не требуется).

Положение больного, при способе проф. Джанелидзе крайне вынужденное и, нам кажется, должно сопровождаться сильными болями. Кроме того, вправление вывихов по описываемому способу крайне просто по выполнению. При нем связки и мышцы действуют как натянутая пружина, способствующая вхождению головки на свое место. Отсутствие неудач при вправлении более десятка вывихов плеча, из которых некоторые должны быть отнесены к уже не свежим, а в одном случае—к осложненным (перелом) дает нам повод надеяться, что товарищи в подходящих случаях испробуют этот способ, уже оправдавший себя на нашем опыте.

Литература:

1) Проф. Ю. Ю. Джанелидзе „Вестник хир. и погр. обл.“ т. I. кн. 3.
2) К. В. Волков. „Врачебное Дело“, № 7, 1925, стр. 537.

Клинике Parapsoriasis'а.

Из университетской клиники кожных и венерических болезней г. Минска. (Директор проф. В. Ю. Мронговиус).

Ординатор клиники д-р **А. И. Мейзель.**

В 1902 г. Brock соединил под одним именем Parapsoriasis целый ряд болезней кожи, описанных различными авторами.

В эту систему вошли следующие заболевания: Parakeratosis variegata (Unna) Dermatitis psorisif et lichenoidis (Iadakohn) и Pithyriasis lichenoides chronica (Neumann, Kille и Iuliusberg).

Позднее сюда же было включено поражение кожи, описанное Brock'ом сначала, как Erythrodermio pityrias'ique en plaques diseminees, потом как Parapsoriasis en plaque, которое он ставил в связи, с одной стороны, с Pithyrians lichenoides chronica, с другой стороны с Parakeratosis Wariegata (Unna) и Lichen Wariegatus английских авторов.

Им же система эта была разделена на 3 группы:

1) Parapsoriasis en gouttes, приближающуюся k Psoriasis'у;

2) Parapsoriasis lichenoides, занимающий промежуточное место между Psoriasis и Lichen planus и

3) Parapsoriasis en plaques близкую к себорройной экземе по гиперемированным шелушащимся очагам. Заболеваниям этих трех групп свойственны следующие общие черты: длительность, поверхностный характер, упорное противодействие лекарственным средствам, в большинстве случаев, общее хорошее состояние больных и из суб'ективных симптомов, в редких случаях, небольшой зуд.

Их патолого-анатомические изменения состоят в уплощении сосочков, клеточной инфильтрации сосудов сосочкового слоя и ясно выраженная oёdema сосочкового слоя и эпидермиса.

Arndt в честь Brock'а, упростившего громоздкую номенклатуру, предложил назвать его именем, описанную им в 1907 году Erythrodermie pityriasique en plaques dissem. Maladie di Brock и к ней он отнес случай R. Crocker'а (Xantho Erythrodermia perstano). Maladie de Brook имеет ясно выраженную клиническую картину, хотя встречается не часто.

Kissmeyer, изучавший эту болезнь на 10 индивидуумах, из которых 8 принадлежали к почти 4000 больным, прошедших в течение года через копенгагенскую дерматологическую клинику, настаивает на выделении ее в самостоятельное заболевание и выделения ее из системы Parapsoriasis'а, вследствие следующих клинических признаков: высыпания состоят из пятен, которые никогда не локализируются на руках и ногах и очень редко на лице, желтого или желтовато-красного цвета, величиной от горошины до яблока. Характерна их поверхность блестящая, как бы граненая; она, как бы снабжена лихеноидными папулами, которые исчезают при растягивании кожи и произошли от скрещивающихся морщинок.

Это состояние производит впечатление очень нежной кожной атрофии.

Патолого-анатомические изменения незначительны, Stratum granulosum часто отсутствует, в слизистом слое умеренная эдема, в капилярном слое ясно выраженная эдема и мелкоклеточная инфильтрация вокруг сосудов.

В эдематозно-папилярном слое эластики мало, но иногда встречается эласторксис, признак дегенерации.

Для болезни Brock'a типичны именно отек и инфильтрация папиллярного слоя.

Что касается пола, то Brock находил ее чаще у женщин, Arndt и Crocker у мужчин; по другим авторам пол при этом заболевании не играет роли. В большинстве случаев после 40 л. болезнь не проявляется. Продолжение от нескольких недель до нескольких лет.

Болезнь часто просматривается самими больными из-за отсутствия суб'ективных симптомов. Легкий зуд иногда дает себя чувствовать; по временам больные ощущают зябкость и чувство стягивания кожи.

Этиология этого заболевания, как и всех, об'единенных под названием Parapsoriasis, темна.

Ее ставили в связи с расстройствами нервной системы Civatte, Darier и др. относили ее к группе туберкулидов. Civatte, исследуя гистологически 8 случаев Parapsoriasis'a, нашел у 5 слабо инфильтрированную, характерную для Parapsorias'a папулу, у остальных трех, кроме соответственных изменений в эпителии, периваскулярно расположенные тяжи лимфоцитов, среди которых находились эпителоидные и гигантские клетки. Папулы последних трех случаев разрешились образованием атрофического рубца, но типичного туберкулезного инфильтрата не было. 2 первых случая были подозрительны по туберкулезу, мать последнего умерла от туберкулеза. С. Т. Павлов полагает, что некоторые кожные заболевания протекают у туберкулезных больных иначе: хроническая интоксикация туберкулезными токсинами создает в коже своего рода туберкулезный Umstimmung d. Gewebe и она реагирует на различные раздражения иначе, чем кожа людей здоровых.

Возможно также, что в основе заболеваний, относящихся к Parapsoriasis'y, лежат дистрофии симпатико-эндокринного происхождения.

Brock, Török, Werther, Hodara и др. сообщают о смешанных формах у одного и того же лица. К таким может быть отнесен случай Степаниды Х., 15 лет, поступившей 10 июня с. г. в кожно-венерическую клинику БГУ по поводу высыпи, занимающей почти все тело, лицо и конечности.

Анамнез. Больная родилась в срок и выкормлена матерью. Других детей не было. В детстве была очень слаба и малокровна. 7 лет перенесла корь, 10 лет болела воспалением легких. Жила постоянно в деревне. Родители здоровы. О кожных и венерических заболеваниях ничего не известно. У матери выкидышей не было. По словам больной, дед с материнской стороны страдал запоем.

Настоящее заболевание началось у нее 7 лет от роду, сейчас после того, как она перенесла корь. Сначала у нее на затылке появилось красноватого цвета, слегка шелушащееся и зудящее пятно.

Через несколько месяцев подобные пятна начали появляться на плечах и предплечьях и еще спустя несколько месяцев, на бедрах и коленях. Больная в то время не лечилась, потому что врач, к которому она обратилась, посоветовал временно ничего не делать. Спустя год существования пятен, сначала по их краям, а потом, где попало, начали появляться узелки розово-красного цвета, величиной с булавочную головку, сильно зудящие. 4 года тому назад ногти рук начали

утолщаться, кожа ладоней делаться жестче и толще. У углов рта слизистая выпятилась в виде валика и помутнела.

В течение последних 2-х лет на тыльной стороне стоп появились такие же пятна, как на туловище, и такие же бугорки, кожа подошвы начала огрубевать и утолщаться.

К тому времени высыпания начали так сильно зудеть, что больная обратилась к участковому врачу, который лечил ее мазями, но улучшения не последовало.

Обращалась также к фельдшерам и знахарям, дававшим ей разные снадобья внутрь, но болезнь оставалась в том же состоянии.

Около 3-4 месяцев т. н. кожа головы начала покрываться отрубевидными чешуйками, зуд сделался очень сильным и начали появляться новые высыпания на доселе здоровых местах кожи туловища.

Больная была тогда направлена участковым врачом в кожно-венерическую клинику в Минск.

St. pr.; Больная физически и умственно развита, соответственно своему возрасту, худощавого сложения. Мышцы и кости сформированы правильно. Кожа на здоровых местах нормальной окраски. Потливость axillarum.

На голове кожа нормальной окраски, но обильно покрыта отрубевидными, легко соскабливающимися, чешуйками. На границе волосистой части головы, на лбу и шее групки розовых папул, величиной с просяное зерно, покрытых плотно сидящими белыми чешуйками, по соскабливании которых нет никакого кровоизлияния. На лбу, обоих веках, щеках и подбородке единичные групки в 3-4-5 таких же папул, но величиной с булавочную головку, тоже покрытых такими же чешуйками. Такого же характера и группировки, величиной от булавочной головки до просяного зерна, папулы покрывают переднюю поверхность шеи, спины, груди и живота.

На шее таких групп 3, на спине 8, а на груди и животе они в некоторых местах сливаются вместе и образуют гирляндо-подобные фигуры.

За исключением волосистой части головы, лица, шеи, ладоней и ступней, по всему телу и конечностям разбросаны овальные, бисквитообразные и полукруглые резко очерченные пятна от розово и желтокрасного цвета на туловище и верхних конечностях и буро-красного цвета на нижних. На туловище они скорее продолговатой формы и их параллельные оси образуют слегка покоробленные борозды. Наощупь обнаруживается очень легкое утолщение кожи, а по краям инфильтрация проявляется в резкой ограниченности дисков. При пальпации их получается впечатление некоторого углубления в коже. Их диаметр в среднем от 5-10 сант. и они покрыты мелкими, белыми легко соскабливающимися чешуйками. Описываемые пятна разбросаны без всякой правильности на нижней части живота, на поверхности плеч и предплечий, бедер, голеней и ягодиц, подмышечных, локтевых и коленных ямках.

Кожа ладоней и подошв утолщена и сильно шелушится. Ногти на пальцах рук и ног утолщены дистально и покрыты ороговевшими массами, грязно-серого цвета. У обоих углов рта слизистая выпячена, эпителий помутневший. От наружных углов рта внутрь, по обоим сторонам слизистой щек, соответственно линии смыкания челюстей, тянутся 2 полоски помутневшего эпителия, длиной в 3-4 сантиметра. Паховые железы несколько увеличены, остальные в пределах нормы.

Суб'ективно—сильный зуд, зябкость и по временам ощущение стягивания кожи.

Органы кровообращения: границы сердца нормальны. Правильный, хорошего наполнения пульс.

Дермографизм красный.

Эритр. 5.520.000, лейк. 9.800.

Лейк. форм.: нейтроф. 62 проц., лимфоц. 35 проц., эозин. $2^1/_2$ проц., пер. и моноц. $^1/_2$ проц.

Органы дыхания: границы легких нормальны.

При аускультации норма, больная жалуется на частый бронхит.

Органы пищеварения: здоровые зубы, хороший аппетит, нормальный стул.

Половые органы: еще не менструирует. Остальное—норма.

Моча желтого цвета. Уд. вес 1020, кисл. реакции, белка и сахару не содержит.

В чешуйках высыпаний и роговых наслоениях паразитов не обнаружено.

Rw—, R. Pirquet—слабо положит. при 5 проц.

Больной произведена биопсия маленького очага на правой голени. Заживление per primam.

Гистологическое исследование вырезанного кусочка показало следующие изменения: сосочки гипертрофированы, окружены небольшим воспалительным инфильтратом, вокруг слабо расширенных и умеренно отечных сосудов.

Подобный же инфильтрат в подсосочковой сосудистой сети. Над гипертрофированными сосочками Мальпигиев слой отечен. Умеренный паракератоз. По сторонам изменения слабее, волокна соединительной ткани грубее. В сосочковом слое от эластич. ткани остались более грубые волокна. Кожные придатки нормальны.

Эта клиническая картина раньше всего наводит на мысль, что здесь дело идет о болезни Brock'a. Именно морфологический вид пятен со слегка сморщенной, блестящей, как бы граненной поверхностью и, как бы снабженной лихеноидными папулами, которые исчезают при растягивании кожи, и дают впечатление очень нежной кожной атрофии. Rille u Rasch считали такое состояние кожи идиопатической атрофией, но Civatte, Vignola, Lutati u Arndt были противного мнения.

В смысле дифференциального диагноза, в данном случае, имеет больше всего сходства цвет высыпаний у последней более красный, чешуйки яснее, развитие пятен и заживление в центре идет очень быстро и нет псевдоатрофии. Папулезный сифилис походит на Parapsoriasis en gouttes, но не на Parapsoriasis en plaques и исключается, вследствие длительности и доброкачественности процесса, зуда, сопутствующего его, анамнеза и реакцией Wasserman'a.

Наш случай и не походит на чешуйчатый лишай, где чешуйки очень тонки и прозрачны, с точечным кровотечением по соскабливании их и типичной локализацией, и не дает себя смешать с даже наименее типичными формами Mycosis fungoides, где при наличии инфильтрации в corium'e и нижних слоях эпидермиса, нет дегенеративного изменения последнего.

Больная пробыла в клинике 2 месяца. В течение первых трех недель своего пребывания она получила 15 вливаний солевого раствора по 100,0 за раз и ин'екции кокодилового натрия, которые существенного улучшения не дали. Зуд все время ее сильно мучил. В начале четвертой недели пребывания, у нее появились свежие высыпания на груди, животе и верхних конечностях, состоящие из пятен и папул, уже описанного типа. Высыпаниям предшествовал сильный зуд, особенно мучительный на груди и животе.

Тогда больная начала получать Calcium chloratum, сначала в виде внутривенных ин'екций по 10 гр. десяти проц. водного раствора, а через 7 дней начала получать Calcium chloratum per os (20,0 : 300,0 по 5 л. в день).

С самого начала такого лечения больная начала чувствовать себя лучше из-за того, что зуд сделался легче.

Через 7 дней бугорки сделались более плоскими и пятна получили менее выраженную окраску. Цвет слизистой углов рта и внутренней стороны щек начал приближаться к нормальному.

Понемногу все кожные высыпания начали исчезать. К концу месяца такого лечения исчезли бугорки и пятна, не оставив по себе ни пигментации, ни лейкодермы, но кожа подошв и ладоней и ногти остались без изменения.

В течение 8 дней подошвы и ладони смазывались 10 проц. хризаробино-салициловой пастой, но особенного улучшения не последовало.

12-VIII больная была выписана.

Наш случай интересный сам по себе, имеет еще некоторые особенности и может пополнить собой казуистику клиники Parapsoriasis'а.

Первая особенность это зуд. За все время болезни наша больная сильно страдала из-за зуда, из-за него она начала лечиться, и особенно сильный зуд всегда предшествовал свежим высыпаниям.

Второй особенностью можно считать локализацию пятен и папул на тыльной стороне ладоней и стоп и утолщение роговых масс на ногтях рук и ног.

Что касается изменений слизистой щек, то в литературе есть много указаний, где поражение локализируется на твердом нёбе и на спинке языка (Ricke, Juliusberg, Rille, Крупников) и на губах.

По многим литературным данным пятна, по заживлении, оставляли по себе лейкоплаксические места (Oppenheim, Almkwist, Грин, Civatte).

В нашем случае на месте бывших пятен осталась нормальной окраски кожа. Наконец, по действию Calcium chloratum, наш случай может быть отнесен к тем 3, выздоровления которых Rasch достиг подобной терапией.

Литература.

1. Brock. Revue génerale de clinique et de therapeutique. 1897 № 37.
2. „ Annalles de D. et de S. 1902.
3. Civatte. Les parapsoriasis de Brock. Paris. 1907.
4. Darier. Precis de Dermatologie, 1909.
5. Corlett. Journal of eut dis 1909.
6. Kinssmeyer Ann de D. et de L. 1905. № 6.
7. Богров Р. Журо. кожн. и вен.-бол. 1910.
8. С. Т. Павлов. Венер. и Дермат. № 6. 1924.
9. Грин. Р.-Вест. Д. № 4. 1924.
10. Civatte. Ann d. D. et S. 1906.
11. Almkvist. Dermat Wochenschift 1922.
12. Левенсон Р. В. Дермат. 1924.
13. Rasch The Brit Jour. of Dermat. et. S. 1923.

Современное лечение острых разлитых перитонитов.

Из факультетской хирургической клиники медфака Белорусского Государственного Университета (Директор, профессор Рубашев).

Д-р М. Л. Борухин.

В виду важности вопроса о лечении острых перитонитов для каждой хирургической клиники, хирургического отделения, в ее повседневной работе, я, по предложению проф. Рубашева, занялся им, чтобы выяснить его состояние за последние 15 лет, так как состояние этого вопроса до 1910 года соответствующим образом освещено в работе проф. Рубашева „Современное лечение острых разлитых перитонитов", появившейся в печати в 1909 г.

В своем сообщении я несколько коснусь и периода до 1910 года постольку, поскольку необходимо будет для освещения соответствующих положений.

Вопрос о лечении перитонитов сравнительно недавно был программным вопросом на хирургических с'ездах за границей и у нас.

В 1905 г. Нэтцель сообщает о 241 случае—с 121 выздоровления (50 проц.), в 1909 г. он также представил материал в 449 случаев оперированных перитонитов с 62 проц. выздоровлений.

Вопросы о лечении перитонита обсуждались на международном с'езде в Брюсселе в 1905 г., на хирургических с'ездах в России в 1912 и 1913 г. г., на коих Греков представил материал в 758 случаев с 382 выздоровлениями. И во время войны, опыт коей много внес в лечение перитонитов, горячо обсуждался вопрос о лечении острых воспалений брюшины. И до сих пор вопрос этот не потерял своего нау ного и клинического интереса.

Если относительно целого ряда вопросов (как о дренажах, тампонаде, промывании, дезинфекции брюшной полости, борьба со всасываемостью, о резекции поврежденного кишечника и т. п.) не было у хирургов единомыслия, то в одном пришли к полному согласию,—это ранняя операция при перитоните, т. е. вернее профилактика перитонита, предупредить оперативным вмешательством развитие полной картины воспаления брюшины, что основано на экспериментальных данных и диктуется массовыми клиническими наблюдениями. Учениками Фридриха (Марбург), Вигдоре и Магнус произведен целый ряд экспериментов для выяснения вопроса о сроке, необходимом для возникновения воспаления брюшины от начала проникновения инфекции.

Они, подобно опытам Фридриха с инфецированными ранами, помещали грязь, землю, зашитые в марлевые мешечки, в брюшную полость морских свинок, через 6 часов имели общую инфекцию, причем, если к этому времени вынимали мешечки, животные выживали, а при удалении, через 10—12 часов, животные погибали через 5 дней.

Затем инфицирующий материал, находившийся в ране животного 6—8 часов, помещался в брюшную полость другому животному—морские свинки погибали тогда через 10—12 минут. Эти 6—8 часов они считают периодом инкубационным для проникшей инфекции.

Эти эксперименты находят полное подтверждение в клинических наблюдениях.

Так, по Вагнеру: операция в первые	4	ч.—	0	проц.	смерт.
до	10	„ —	9,9	„	„
„	12	„ —	16,7	„	„
после	20	„ —	100	„	„

Некоторые, как Шмиден, считают, что при травматических перитонитах, раз с момента проникновения инфекции в брюшную полость прошло 12 часов, то вмешиваться бесцельно: или оперировать в первые 12 часов, или вовсе не оперировать. И в работе Л. Сов 1923 г. отмечает, что весь смысл в лечении перитонитов—это ранняя диагностика, до появления классических общих явлений перитонита, и вмешиваться при первом проблеске местных явлений (напряжение мышц брюшных, симптом Эндерлена, болезненность в Дуглассе, болезненные пункты живота и т. п.), правда, мы рискуем тогда напрасной лапоратомией, но это меньший риск, чем пропустить время для активного вмешательства.

Были сделаны недавно попытки для выработки точных методов для ранней диагностики начинающегося перитонита. Так, в 1922 году Сгамбатти предложил для раннего распознавания начинающегося перитонита особую реакцию мочи, которая является положительной с нормальной мочей, при перитонитах в первые часы уже будет отрицательной.

Реакция при илеусе положительна.

Особенно поучительны случаи раннего вмешательства при ранениях кишечника. Приведу здесь несколько случаев из собранных мною в литературе.

Норгард сообщает о случае ранения мальчика 8 лет: 4 отверстия в кишках, 1 в желудке; через $1^1/_2$ часа операция—выздоровел.

Тшмарке—ранение на близком расстоянии—отверстие в тонкой кишке, поперечной ободочной, лоскутная рана желудка—операция через 1 час—выздоровление.

Пэтше—самоубийца из карабина—большое отверстие в тонкой кишке—операция через $1^1/_4$ часа—выздоровление.

Интерес этих случаев заключается в том, что операция предупредила развитие перитонита. Правда, описаны случаи, когда и через час мы имели полную картину перитонита, и вмешательство не приводило к цели. Случаи Густава Пэтрена—ранение тонкой кишки—операция через 1 час, через $3^1/_2$ часа смерть, операция при резко выраженной картине перитонита оказалась безуспешной. Этот случай можно сопоставить с опытами Магнуса, когда вирулентные бактерии вызвали гибель морских свинок через 10—20 минут.

Но мероприятия до операции, после операции, во время операции как и исход, зависят от происхождения перитонита. Материал, коим я располагаю, касается аппендикулярного, вследствие перфорации язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, прободения тифозных язв, криптогенетические перитониты, Durchwanderungs peritonitis, травматического происхождения и вследствие ранений.

По статистике мирного времени, перитониты аппендикулярного происхождения по частоте занимают первое место—36 проц. (Греков). По исследованиям и наблюдениям Гайма имеются 2 формы аппендикулярного перитонита. Перитониты от обыкновенной кишечной

флоры Б. Coli анаэробы, которые, вследствие застоя в аппендиксе, ведут к деструктивным изменениям и к гангрене—в $^{1}/_{2}$ случаях—к инкапсулированному перитониту, 2-ая форма от извне проникшей инфекции—стрептококков, ведущему к быстро распространяющемуся не склонному к инкапсуляции перитониту.

Сообщение Гайма совпадает с исследованиями Брютта (Гамбург); в 1923 г. в 107 случаях аппендикулярного перитонита автором исследован эксудат, из 45 случаев анаэробных стрептококков. В. С. в 20 случаях имел инкапсулированный перитонит с гангреной аппендикса. При этом, в виду постепенного наростания процесса в аппендиксе и особых анатомических условий в илеоцекальной области—значительная часть перитонитов инкапсулируется. Но все же число диффузных перитонитов значительно и дает большой процент смертности. Общие аппендикулярные перитониты по Барту, Стивен, Бурген, Гофман, Тшмарке, Меркен, Скуден, Греков—19 проц. до 25 проц. всех случаев аппендицита со смертностью в 42,7 проц. от перитонитов; при аппендикулярных перитонитах, при настоящих методах лечения, при возможно ранней операции мы имеем больше, чем в половине случаев выздоровлений, доходя у некоторых авторов до 78 проц. Во время вмешательства, если нет особых технических препятствий, удаляют аппендикс, некоторые, как упомянутые авторы — дренаж к тазу, другие, как Доминик Пуровак, Брутт, если эксудат без резкого запаха и при отсутствии некротических остатков тканей, шьют наглухо.

По статистике Бенда, первое следующее место после червообразного отростка, как причина перитонита,—прободение язвы двенадцатиперстной кишки. По самой большой (1923) секционной статистике Бихмана, в России на 18,485 вскрытий—259 язв: из них 23 процента прободных.

И другие авторы представляют материал с таким-же процентом—23-24 проц. прободений (Блюменталь, Вальтер, Брютт и Петрен.

За границей, со времени сообщения Бруннера, смертность с 65 проц. в настоящий момент у некоторых понизилась до 25 проц.

Причина большой смертности у нас вследствие прободения язв двенадцатиперстной кишки и желудка—в позднем вмешательстве, так как больные доставляются в хирургические отделения часто больше, чем через сутки после прободения; по многим авторам, как Вагнер и др., вмешательство после 20 часов—100 проц. смертности.

Ранняя операция прободных язв—сейчас неоспоримая истина: важна поэтому их диагностика, центр тяжести в раннем распознавании не только перфорированных, но, как выразился Мануйлов, Петрашевская—на хирургическом с'езде в 1923 г., надо распознать язву, готовящуюся к прободению, на основании обострения за несколько дней до перфорации болезненных симптомов, т. е. предупредить не только перитонит, но предупредить и перфорацию.

16 проц. всех перитонитов по Грекову составляют перитониты вследствие прободения брюшно-тифозных язв, что касается частоты этого поражения при брюшном тифе, по сборной статистике проф. Тихова, 10902 заболевания тифом 3 проц. прободения со смертностью в 80 проц.

По Тер-Нессарову, Грекову, Тостен, Зандлеру смертность при перфорированных брюшно-тифозных язвах равна 80-60 проц.

По Либермейстеру 78 проц.; в среднем—смертность равна 76 проц.

Как видим, смертность при прободении брюшно-тифозной язвы—76%: причина большой смертности заключается в тяжелом осложнении в виде прободения при не менее тяжком заболевании, как брюшной тиф.

Перитониты травматические—это перитониты, вследствие повреждения кишек, которые происходят от контузии, удара, случая переезда, обычно вследствие сдавления кишки между повреждающим предметом и поясничными позвонками, писаны редкие случаи отрыва кишек у flex duod-jeum. (2 сл.). Шок при этом бывает не всегда, зависит от ушиба солнечного сплетения, повреждения других органов, от быстрого поступления большого количества газов и жидкости в полость живота. Гордон-Тэйлор, выступивший с обширным докладом по этому вопросу на 89-ом с‘езде Бр. Мед. Асс. в 1923 г., советует базироваться, главным образом, на начальных симптомах, контрактуру. По его мнению, вмешательство при явлении общего перитонита—безрезультатно. Раннее вмешательство диктуется как клиническими наблюдениями, так и экспериментальными данными, по коим не только не сразу наступает перитонит, но не сразу содержимое после разрыва кишки поступает в брюшную полость, так как кишка выше и ниже повреждения спастически сокращается, препятствуя его выхождению.

Все травматические разрывы без ранения брюшной стенки Бэрри делит на 3 группы:

1. Случаи первичного разрыва всех слоев, вследствие удара толчка, сжатия, поддающихся легче всего диагнозу на основании резких местных болей, мышечной защиты.

2. Случаи вторичной перфорации, когда при повреждении не было проникающей раны кишки, симптомы не характерны, пока не произошло прободения.

3. Случаи, осложненные повреждением других органов от переезда, сдавления—очень тяжелы, картина повреждения кишки затемняется повреждением других органов. Последние случаи дают наибольший процент смертности, и очень часто повреждение кишки не диагностируется. Смертность при травматических перитонитах—60 проц.

Что касается перитонитов, вследствие повреждения желудочно-кишечного тракта с проникающей раной брюшной стенки, то в этот отдел брюшной хирургии существенные коррективы внес опыт минувшей войны.

Если после русско-японской и балканской войны консервативное лечение ранений живота считалось наиболее целесообразным, то во время мировой войны (14-18 г.г.) многим хирургам от консервативной терапии пришлось отказаться. Колоссальные травмы, часто с эвентарацией поврежденного, продырявленного кишечника, звали хирургов к активному вмешательству, колоссальная смертность при консервативном пользовании заставила изменить свое отношение к данному вопросу. На Брюссельской конференции в 1916 г. Эндерлен, Зауербрух, Шмиден, Фридрих, Краске, основываясь на своем и опыте других хирургов, высказывались за активную терапию при ранениях живота.

По Краске:

Бэлер—консервативное лечение—100 проц. смертности.
Зауербрух „ „ 94 „ „

Оперативное вмешательство по

Эндерлену—Зауербруху—55,6 проц. смертности
Краске 48,7 „ „
Шмиден 66 „ „

Упомянутые хирурги высказываются за раннее вмешательство, при чем Шмиден советует оперировать в первые 12 часов или „Keine operation“.

Эндерлен—Зауербрух—в первые 14 часов, позднее вмешательство безнадежно.

Результаты раннего вмешательства других авторов дают большой процент выздоровления. Так, Мартенс, работавший в 5 километрах от окопов, во время боя на Изерском канале сообщает о 123 оперированных с 40 проц. выздоровления.

На основании сообщений Альбрехта, Карера, Лика, Бертога, Молинеуса, Бидермана, Штрауса, Обста, Прокина, Павлова-Сильванского и других авторов, оперативное вмешательство понижает смертность со 100 проц. до 60 проц., до 58 проц., а в некоторых случаях—до 50 проц.

Особо стоят случаи септические, когда в первые часы после ранения имеем выраженную картину сепсиса.

В работе Грефенберга, опубликованной в 1917 г., автор сообщает о 197 случаях ранения живота, оперированных им в первые часы после ранения при чем смертность—75 проц.

Больные имели вид септически инфицированных. Автор у 20 иследовал кровь и эксудат брюшной полости, и находил там и здесь одинаковых возбудителей. Ранняя операция не спасала их; они гибли не от перитонитического шока, не от перитонита, но от острой бактериэмии.

Анализируя приведенные случаи, приходится констатировать, что вмешательство при наличии ранения желудочно-кишечного тракта является необходимым. Операция дает сравнительно хорошие результаты в первые 12-14 часов после ранения. При наличии ранения кишечника, самоизлечения путем склеивания не бывает, и, по выражению Молинеуса это—„детская сказка"; только весьма незначительное отверстие прилежащим сальником или кишечной петлей излечиваются: только спазм на некоторое время препятствует прохождению содержимого.

По мнению Краске, большинство самоизлеченных ранений живота—это без повреждения кишечника. И большинство хирургов, как Шмиден, Зауербрух, считают, что поздняя операция при выраженной картине диффузного перитонита дает плохие результаты. И здесь важна ранняя диагностика ранений кишечника.

Что касается способов оперирования, то большинство, особенно во второй половине мировой войны отказалось от широких разрезов, широкой тампонады, стремилось, где можно, шить глухо, избегало по возможности резекций, если только кишка на обширном расстоянии не разможжена и не отделена от брыжжейки; в таких случаях при явлениях разлитого перитонита некоторые хирурги предлагали после резекции, и без нее, вшивать концы в брюшную рану. Как видим, вся суть лечения заключается в ранней операции, в операции непродолжительной и, придерживаясь правила Эндерлена: „Чем меньше сделано во время операции, тем лучше" стараются, по возможности, избежать резекции и шить глухо.

И процент выздоровлений во второй половине мировой войны в среднем—30 проц., доходя у некоторых хирургов при ранних операциях больше, чем до половины всех случаев.

Помимо перитонитов, происшедших от заболевания или повреждения брюшных органов, описаны Леза, Брунцель, Шпренгель, Эзо, Спитцы, Зульцер, Мандль, Шуршман, Фрамм, и др. перитониты, при коих органы брюшной полости, при самых тщательных обследованиях (материалы секционные) не обнаруживают никаких изменений,—это так называемые криптогенетические, при коих, по мнению Брунцеля, инфекция проникает гематогенно и вызывает метастатическое поражение брюшины при более или менее выраженной септицемии. По мнению Леза,

первичное поражение брюшины—редко, большей частью мы имеем дело со вторичным поражением по лимфатическим путям, через диафрагму, при пневм., плевр. (или per continuifaten через нагноившиеся лимфатические пути таза, инфицированный was defterens: Шпренгель, Шпитц, Зульцер, Фрамм выделяют особый вид криптогенетических перитонотов —диплококковых, имеющих своеобразную картину—начинаются сразу рвоты, понос, прострация, цианоз лица herpes labiaces, вздутый тестовидный живот, в крови и в эксудате брюшной полости—диплококк.

Сходные несколько по своей клинической картине с диплококковыми перитонитами,—это перитониты пневмококковые. До настоящего момента описано 300 случаев этого заболевания—смертность равна 79 проц. Большой процент смертности потому, что большей частью эти перитониты являются осложнением при пневмонии. Пневмококковые перитониты без пневмонии протекают легче, и описаны случаи самоизлечения, вследствие осумкования и прорыва гноя через пупок.

Более благоприятный прогноз дают описанные Эзо эксудативные перитониты и при гриппе и одиночные, описанные Шуршманом (2), вызванные B. Lactis aerogenes. Большая часть криптогенетических перитонитов и при оперативном вмешательстве дает значительный процент смертности, так как, по мнению Шпренгеля, нельзя удалить источник инфекции и, поскольку нет специфических средств для борьбы с тем или другим возбудителем заболевания. Криптогенетические перитониты, по упомянутым выше авторам,—64,5 проц. смертности.

Аналогично криптогенетическим перитонитам, тяжким заболеванием является так называемый «Durchvanderungs-peritonitis», случаи коего участились в военное время, в связи с увеличением числа острых заболеваний желудочно-кишечного тракта. Экспериментально доказана непроходимость неизмененной кишки для бактерий и токсинов. Тавель и Лянц экспериментами и исследованиями выяснили, что при умеренных заворотах и ущемлениях, эксудат содержит токсины, но свободен от бактерий. Кэртэ и Арнд находили через несколько часов после ущемления в грыжевой воде бактерии, хотя Гаррэ и Ровзинг не находили бактерий в грыжевой воде,—разница в результатах исследования авторов зависит от степени изменений стенки кишечника.

Проходимость бактерий через неперфорированную стенку кишечника подтверждается микроскопическими исследованиями Эшериха, который находил стрептококков в подсерозных лимфатических путях у детей, погибших от перитонита после энтерита. Случаи «Durchvanderungs peritonitis» при энтерите описаны Бачинским и Эшерихом, преимущественно у детей. Ленандер и Нистрель описали 14 случаев.

Кроме «Durchvanderungs peritonitis» при энтерите, описаны случаи при дезинтерии, брюшном тифе и паратифе. При дезинтерии и паратифе описаны Эркес. При тифе Либермайстер сообщает о 16 случаях на 2.000 случаев брюшного тифа,—0,6 проц. Что касается перитонита при холециститах, то над выяснением этого вопроса работал Доминики. В 1922 г. он опубликовал результаты своих опытов и исследований: неизмененная стенка желчного пузыря желчи не пропускает in vitro, а желчь, смешанная с содержимым 12-типерстной кишки и панкреатическим соком, проходит через стенку пузыря при имеющихся в нем изменениях. Эксперименты подтверждаются клиническими наблюдениями.

Клермонт, Габерер, Доберауер, Финстерер, Поволоцкий (Харьков) описывают случаи «Durchvanderungs peritonitis» при холециститах; всего таких случаев описано в литературе 35. При данном заболевании большинство авторов предлагает раннюю операцию и при видимых

изменениях, данный участок кишечника рекомендует окутывать сальником, при холециститах некоторые—холецистектомию. Но большей частью, макроскопически установить место проникновения бактерий, изменений кишечника не удается. Процент смертности поэтому довольно большой; по упомянутым авторам—87,5 проц.

Борьба с перитонитом до операции, по мнению Кэртэ, Брютта, Крогиуса—в укорочении интервала от момента появления первых перитониальных симптомов до операции. Все же, что касается операционных мероприятий, то некоторые хирурги, как Шмиден, Матти, Штраус, Эттингер советуют до операции справиться с шоком, морфий и т. д.; хотя другие авторы, как Обст, Пеггер советуют приступить к операции при всяком состоянии больного. Что касается наркоза, то большинство хирургов предпочитают общий наркоз местному; некоторые в последнее время—комбинированный. Так, Гордон, Тэйлор—закись азота с 0, теплый эфир—местная анэстезия (1921 г.) и во время операции—переливание крови, что позволяет оперировать случаи, считавшиеся потерянными. Что касается разрезов, то от больших разрезов Рена, Титце, Израэля и от множественых малых Зонненбург-Фовлера—отказались. Разрезы,—в зависимости от поврежденного или больного органа, сообразуя величину разреза с доступом. По предложению Рюбзамен, особенно в случаях ранений—не считаться с анатомией брюшной стенки.

Смысл оперативного вмешательства—уничтожить источник инфекции. Если при аппенд. перитоните, при перитонитах от ранения, так называемых травматических, при перфоративных брюшных язвах способы вмешательства не вызывают особых споров, то мероприятия в упомянутом случае при перфорированных язвах желудка и 12-ти перстной кишки до настоящего времени вызывают резкие разногласия среди хирургов. Так Рупп, (Хемниц), Готц, (Базель), Наст-Кольб, (Штуттгарт) в работах, опубликованных в 1924 г. настаивают на паллиативном вмешательстве при перфорированных язвах желудка, т. е. на простом зашивании отверстия с наложением анастомоза при стенозе, так как, по их мнению, и зашивание дает полное заживление. Рупп и Наст-Кольб подтверждают это аутопсией—в двух случаях, когда на секции макроскопически трудно было установить локализацию язвы. Другие, как Прагер, Зепфель, Брютт, Эберле, Массари, особенно Габерер и Фридман, в работах 1924 г., на основании своего материала, американской и английской статистики, настаивают на резекции.

Англ., амер. палл. операции	. 16 проц.	смертности
Резекция, по амер. статистике	. 11 „	„

Все же резекционисты указывают, что случаи для резекции должны быть подобраны и при ранней операции.

За устранением источника инфекции, резекций, зашивании перфорированных отверстий, удаление аппендикса и т. п., возникает вопрос об очистке брюшной полости. Видимые частицы пищи, кала должны быть удалены осторожным сниманием, сухими тампонами, другие—влажными; некоторые хирурги во время войны пользовались тупферами, смоченными Карель-Докеновским раствором (Рюбзамен, особенно французы). Что касается промывания брюшной полости физиологическим раствором, то с 1899 года, после того, как Микулич сам отказался от предложенного им способа, он был оставлен; но во время войны опять многие хирурги энергично принялись за промывание. Многие-же хирурги считают, что и сухим путем, не травмируя серозу, можно достичь тех же результатов, тем более, что нет надобности

стремиться к полному удалению гноя; с известным количеством брюшина справляется.

Роттер приводит следующую статистику промывания и сухого способа очистки брюшной полости:

Бир . .	промывание—	33 проц.	смертности
Кэртэ .	„	32 „	„
Рэн . .	„	17—27 „	„

Сухой способ:

Роттер	32 проц.	смертности
Гулекэ	25 „	„
Шпренгель . . .	20 „	„

Последние сообщения указывают, что большинство хирургов прибегает к сухому способу очистки брюшной полости. До войны, особенно французскими хирургами широко применялось вливание эфира в брюшную полость при диффузном перитоните. По мнению авторов, эфир с'уживает сосуды брюшной полости, кровь направляется быстрее к другим отделам кровеносной системы, сердце получает больше крови, брюшина лучше справляется с инфекцией. Вольфсон считает неосновательным опасения охлаждения—дезинфицирующего влияния эфир не имеет. Имеются наблюдения о вызываемых эфиром внутрибрюшинных сращений.

В 1918 г. Скуберт сообщает о 4 случаях илеуса, вызванного послеоперационными спайками, вследствие пользования аппендикулярного перитонита вливанием эфира. О вызываемых эфиром послеоперационных спаек имеются сообщения и других авторов.

В литературе 1922-24 г. г., сообщения о пользовании эфиром перитонитов весьма скудны; в настоящее время весьма немногие хирурги при перитонитах вливают эфир. Вливают обычно от 50—200 с последующим удалением тупферами.

Часто при перитонитах, особенно в поздней стадии, бывает раздутый парализованный кишечник и желудок. Для борьбы с параличем во время операций, помимо прокола—энтеротомии—в далеко зашедших случаях, а некоторые хирурги вообще при диффузном перитоните, рекомендуют первичную энтеростомию, так как вторичная часто бывает уже поздно (Рупп, Конталямено-Карбони, Фазано).

С. Патри в 1915 г. при перитонитах не аппендикулярного происхождения предложил аппендикостомию с последующим орошением по Мерфи. В этом же году Гросс (Бремен) опубликовал способ применения им желудочного свища с сифонным дренажем при атоническом состоянии желудочно-кишечного тракта. Свое предложение он опять горячо рекомендует в своем последнем сообщении в 1924 году.

На основании своих хорошо проведенных 4 случаев диффузного перитонита, Лисберг и Нистрэм, применявшие на ряде больных этот способ, считают, что он дает хорошие результаты. Из терапевтических средств для борьбы с параличем кишечника physostigmin. salicyl 0,001 Atropin 0,001. Некоторые авторы, как Клотц, Бишоф горячо рекомендуют Hypophysin-extrakt. 2 с. с. внутримускулярно и физиологическим раствором внутривенно. Рек. Hypophusin extrakt. Генле (Дормунд) хорошо отзывается о Hormonal'e, употребляют 20 к. с. с эукаином внутримышечно; 10-15 к. с. без эукаина—внутривенно.

Борьба с паралитическим илеусом при перитоните терапевтическими мерами чаще безрезультатна. Вопрос о возбуждении перистальтики при нерезком параличе кишечника тесно связан с вопросом о всасывании из брюшной полости. Хотя имеются определенные указания

в работе проф. Рубашева, на основании экспериментальных данных и наблюдений (Клермонта, Габерера) и мною найденных в литературе указаний (Шнитер, Эвальд), что усиление перистальтики уменьшает всасывание, правда, в значительной степени, в последнее время появились экспериментальные работы, снова пересматривающие этот вопрос. Так, Прима, в работе 1923 г., относительно всасывания брюшины при увеличенной кишечной перистальтике, сообщает о 110 проделанных им опытах на 50 кроликах. Автор усиливал перистальтику, сдавливая кишку не до полного закрытия просвета, формокологическими средствами, физостигмином, касторовым маслом, и пришел к следующим выводам: 1) всасывательная способность брюшины увеличивается при усиленной перистальтике в $1^1/_2$-2 раза; 2) увеличение всасывания не зависит от того, чем вызвано усиление перистальтики: фармокологически или механически. Всасывание увеличивается вследствие увеличения притока крови, более обширного соприкосновения находящейся в брюшной полости жидкости с висцеральной и париэтальной брюшиной, увеличивая давление в брюшной полости, вследствие усиления перистальтики. Следует ли усилить перистальтику? Этот вопрос разрешается в зависимости от того, благоприятны ли увеличения всасывания из брюшной полости. Но застой содержимого в желудочно-кишечном тракте способствует развитию бактерий и образованию токсинов, что ослабляет борьбу организма с перитонитом, и приходится принять все меры к освобождению кишечника и к усилению перистальтики, правда, в каждом отдельном случае приходится индивидуализировать.

Вопрос о всасывании есть один из основных вопросов при воспалении брюшины.

Брюшина—серозный мешок с большой всасывательной способностью, поверхность коего равна поверхности тела человека.

По опытам Вегнера, в течение 1 часа брюшина резорбирует количество жидкости, равное 3-8 проц. веса всего тела.

Вопрос о всасывании из брюшной полости, на основании имеющихся работ авторов: Мускателло, Дюбар Реми, Реклингаузена, Арнольда, Колосова, Старлинга, Тубби, Кельгреу, Коломбо, Орлова-Гейденгейма, Богомольца, Соколовского сводится к следующему: 1) всасывание происходит, как по кровеносным, так и лимфатическим путям, 2) нерастворимые, порошки, белки, эритроциты, микробы всасываются преимущественно по лимфатическим путям; правда, не исключена возможность проникновения их в кровеносную систему непосредственно, 3) жидкости и растворимые соли всасываются, главным образом, по кровеносным сосудам; частичное проникновение в лимфатические сосуды не исключается, 4) во всасывании принимает активное участие эндотелий; играют роль и законы диффузии, 5) естественным дренажем является грудной лимфатический проток, куда при воспалении отводятся бактерии и токсины.

Из моментов, влияющих на всасывание, являются: холод, тепло, гипертонические растворы; увеличение или уменьшение давления в брюшной полости, по некоторым авторам; употребление вливания жиров в брюшную полость ограничивает всасывание.

Имеется целый ряд экспериментальных работ, выясняющих влияние этих моментов на всасывание. На основании опытов Глимма, целый ряд хирургов: Гиршель, Генэ, Лягенсуа, Боршард, а некоторые еще совсем недавно, вливали в брюшную полость при перитоните 1 проц. ol. camphor., с целью механической закупорки лимфатических щелей, употребляя во время операции 200-300 гр. По мнению Гир-

щеля, это влияет благоприятно на сердечную мышцу и сосудистые центры, закупоривает лимфатические щели и препятствует образованию срощений. Но многочисленные опыты Дельбета над собаками и другими животными убедили его в нецелесообразности применения жиров при перитоните: животные опытные также гибли, как и контрольные. По мнению многих авторов, как Нарат, оливковое масло, камфорное, глицерин на всасывание и на процесс при всасывании влияния не имеют. Греков, на XIII-м С'езде, высказался против применения ol. camphor. В литературе последнего времени не встречаешь сообщений о вливании ol. camphor в брюшную полость при перитонитах. Относительно употребления гипертонического раствора глюкозы при перитонитах в 1923 г. Нарат опубликовал результаты свои и опытов Вагнера и Куна, которые вызывали усиленную экскудацию и уменьшали всасывание введением гипертонического раствора глюкозы: из 20 кроликов, коим одновременно вводились в брюшную полость глюкоза и стафилококк, выжило 14; из контрольных все погибли.

Автор рекомендует инраперитонэально 500,—20 проц. глюкозы; вливание повторять по дренажу через 12 часов.

Вопрос о том, следует ли вообще бороться со всасываемостью брюшины, является решенным, проникновение бактерий, токсинов в кровь понижает сопротивляемость (самозащиту) организма; в процесе всасывания, нервный аппарат брюшной полости, симпатические узлы, их связь с vagus'ом подвергается действию бактериальных токсинов— чем многие об'ясняют картину перитонита, как результат угнетательных рефлексов.

Вскрытие брюшной полости, удаление части эксудата уменьшают давление в полости, ослабляют всасывание.

Прежде много надежд возлагали на тампонаду и дренаж, теперь от обширной тампонады и дренирования отказались. В работе о перитонитах Луи Сов (1922), автор, основываясь на опыте современных хирургов и собственном опыте, рекомендует умеренную тампонаду или дренаж на короткое время, и советует обойтись по возможности без них. Шпренгель дает определенные указания, когда брюшную полость можно зашивать наглухо. По его мнению, при этом надо различать два понятия; эскудацию и нагноение; в первом случае можно брюшную полость зашивать наглухо, во втором, именно при гнойном расплавлении тканей с некрозом, предпочитает открытое лечение.

С целью использования естественного дренажа для борьбы с перитонитом, предпринят ряд экспериментов и имеются, правда, немногочисленные, клинические наблюдения. Так, Костэн опубликовал в ноябре 1913 г. результаты своих многочисленных экспериментов. Автор перевязкой coecum у собак вызывал перитонит—животные погибали через 2 дня. При одновременной через 2 часа лимфатикостомии грудно-лимфатического протока животные выживали, при чем гной в брюшной полости и гангренозная часть кишки рассасывались без следа. Автор произвел лимфатикостомию у девочки 9 лет, заболевшей пневмакокковым перитонитом—улучшение состояния на 2-й день—обильное истечение лимфы из дренажа, на 5-й день дренаж удален — рана быстро зажила: на 20-ый день больная выписалась здоровой.

Правда, клинический случай автора не особенно поучителен; но все же надо иметь в виду, что при этом главная масса токсинов выводится через грудной лимфатический проток, и с прекращением интоксикации организма брюшина легче справляется с инфекцией,

нарушение же питания, вследствие перевязки протока — временное; через коллатеральные и забрюшинные лимфатические протоки устанавливается ток лимфы. Предложение Костэна должно быть проверено как экспериментами, так и на клиническом материале, и может стать одним из верных способов борьбы с перитонитом.

Одно из самых грозных явлений при перитоните—это падение кровяного давления, при этом не вследствие сердечной слабости, но вследствие паралича центра возомоторов в продолговатом мозгу, „сердце" по выражению Гейникэ, „галопом мчится за ускользающей кровяной массой", сердце вторично страдает от этого; правда, сказывается и интоксикация. Для борьбы обычно пускается весь арсенал exitantia, дигален, камфора, стрихнин, эфир, кофеин; больше приходится возлагать надежд на адреналин и употребляемый в последнее время Hypophisin-extrakt. 2 с. с. von Baurough-Wellcome внутримускулярно, внутривенно физиологический раствор с адреналином. Вместо физиологического раствора некоторые предлагают Рингер Локковскую жидкость.

Что касается питания при перитонитах, то некоторые считают, что больные в первые 4-5 дней могут ограничиться капельными клизмами и подкожными вливаниями. Можно применить питательные клизмы или питание по Фридриху.

Выводы.

Излагая выводы своей работы, мне интересно было это сделать путем сравнения с выводами работы проф. Рубашева в 1909 г., так как таким образом нам яснее станет путь, пройденный хирургической мыслью за последние 15 лет.

Выводы работы проф. Рубашева.

1. Главный ключ успеха в лечении перитонитов лежит в их профилактике. Детальное изучение всех тех заболеваний, которые могут давать перитониты и их осложнения, а также рациональное лечение всех этих заболеваний—вот что в будущем значительно уменьшит проц. смертности от перитонитов.

Лучшим доказательством является история воспалений червеобразного отростка и его лечение.

2. Время играет колоссальную роль при вмешательстве при перитоните: вмешательство это может быть только оперативным.

Большое распространение этих идей среди терапевтов, в руки которых обыкновенно попадают эти случаи, должно быть ближайшей насущной задачей лечения перитонитов.

Выводы настоящей работы.

1. Первый пункт остается в силе, но он значительно уточнен и во многом представляется уже осуществленным: изучение препеританэального стадия сделало большие успехи. Операция острого аппендицита в первые 24-28 часов стало законом даже для большей части терапевтов.

Попытка выделения предперфоративного стадия язвы желудка и duodeni--пропаганда ранней операции при холецистите—все звенья одной и той же цепи.

2. Второй пункт сохраняет свою силу и до настоящего времени.

3. Имея перед собой острый разлитой перитонит, должны иметь 2 цели: а) устранить источник инфекции, б) широко дренировать брюшную полость; преследование одной только цели—ошибка.	3. Устранение источника инфекции и сейчас является неоспоримой догмой, но к нему должен быть внесен корректив,—заключающийся в положении Эндерлена: Чем меньше сделано во время операции, тем лучше, или Мэрфи: в брюшную полость нужно скоро войти, но еще скорее выйти".
4. Для последней цели следует применить широкие множественные разрезы, накладывая их сообразно случаю.	4. Вопрос о широком дренировании решается сейчас иначе, как показал опыт—в широком дренировании необходимости нет—сообразно с этим не накладывают множественных разрезов. Величина разреза—по потребности каждого случая. При целом ряде перитонитов определенная наклонность к глухому шву.
5. Необходима борьба с параличем кишечника, вплоть до оперативного вмешательства.	5. В этом пункте особенных изменений не произошло.
6. Биологические методы борьбы с перитонитом несомненно заслуживают большего внимания, чем уделяемое ему до сих пор. Можно думать, что энергичная разработка этих методов даст в руки весьма существенные меры борьбы, главным образом со всасыванием из брюшной полости.	6. Положение необходимости разработки биологических мер лечений перитонитов остается в силе, однако прошедшие 15 лет не дали нам в руки какого-нибудь верного или значительного метода в этой борьбе. Предложенные эфир, камфорное масло не оправдали возлагаемых надежд. Не доказано также действие концентрированных растворов глюкозы. Установлено, повидимому, значение всасывания через лимфатическую систему и в связи с этим значение быть может лимфатикостомии.

О поздней смерти после поражения молнией.

Из Факультетской Хирургической Клиники Белорусского Государственного Университета (Директор—Профессор С. М. Рубашов).

Врач С. А. Пузырийский.

Электричество служит предметом тщательного изучения со стороны физиков и химиков, и успехи, достигнутые в этом отношении, громадны. К сожалению, этого нельзя сказать о другой стороне вопроса, о вредности его для здоровья и о тех повреждениях, которые причиняет человеческому организму электричество разных видов, будь то атмосферное или техническое. Вопрос о несчастных случаях от электричества мало разработан по сравнению с колоссальной сферой его применения. Указанные соображения дают нам основание предполагать, что краткий обзор доступной нам по этому вопросу литературы вместе с сообщением случая смерти от молнии, наблюдавшегося в нашей клинике, представляет собой некоторый интерес. Хотя по выяснению одного статистика опасность быть пораженным молнией так же мала, как надежда на крупный выигрыш в лотерее, однако ближайшее рассмотрение показывает, что повреждения от молнии не так уж и редки. Дело заключается скорее в недостатке статистики по этому вопросу. По данным Jellinek'а число убитых молнией в Австрии в 1901-м году—236; в 1902-м году—134; в 1903-м—145.

По данным Seydel'я для Германии число пораженных ежегодно достигает в среднем 300 со 100 смертельн. исходами.

По данным Boudin'а для Франции от 1835—1865 года 2431 случай смертей от молнии: в среднем 72,7 ежегодно. По данным Taylor'а для Англии с 1853 по 1865 год 242 случ. смерти. Для С. А. Штатов за 1870-ый год 202 смертн. случая. В 1864-м году громадный огненный столб спустился на холм, где был расположен северо-американский полк, разрушил лагерь, поверг на землю всех солдат; убил 18 человек, все остальные получили более или менее тяжкие повреждения. Три пирамиды составленных ружей разрядились от этого удара молнией.

По данным „сельского и лесного хозяйства в России“ в 1901-м году на 56836 несчастных случаев—80 приходится на молнию, из них 54 со смертельным исходом.

Собственные наблюдения венского врача Sellinek'а обнимают 75 случаев повреждения молнией с 10 смертями и 57 несчастных случаев от технического электричества, из коих смертельных 7.

Этих небольших статистических данных достаточно, чтобы считать вопрос этот достойным внимания.

Переходя к вопросу о том, как протекают повреждения от молнии, мы должны указать, что основной закон физики: сила тока равна напряжению тока, деленному на сопротивление $S=\frac{E}{W}$ в применении к человеку к живому организму видоизменяется; знаменатель W, обозначающий сопротивление проводника, должен быть разложен на

слагаемые, в виду того, что человеческий организм не представляет собой однородного проводника, поэтому и сопротивление его слагается из нескольких моментов: we—сопротивление кожи при вхождении тока, wa—сопротивление при выхождении, между ними лежит wg—сопротивление расстояния и тканей. Тогда сила электрического воздействия на живой организм выражается $S=\frac{E}{We+Wg+Wa}$. По Jellinek'у наиболее важным является We, т. е., сопротивление кожи при вхождении. Экспериментальными наблюдениями и изучением несчастных случаев установлено, что чем тверже и суше поверхность кожи, тем больше сопротивление. Мозолистая ладонь чернорабочего дает сопротивление в 1 миломов, сопротивление слизистых оболочек падает до 100. Кожа женщин и детей оказывает маленькое сопротивление, исчисляемое сотнями омов. Сопротивление внутренних промежуточных тканей Wg ничтожно; сопротивление печени относится к сопротивлению кожи бедра мужчины как 1:2222. Сопротивление при выхождении тока Wa (Austri Hiöderstand) рассматривается как запасный резерв. В случае, когда We ослаблено, можно спастись увеличением Wa. Монтеры, подвешенные во время работы или стоящие на стеклянных помостах, берут свободно обнаженными руками проводники постоянного тока в 500 вольт без всякого вреда, потому что сила сопротивления при выходе тока из организма в виде воздуха или изолированного помоста бесконечно велика и току преграждается путь от одного полюса к другому. В большинстве несчастных случаев от молнии касание бывает однополярным, но земля представляет собой другой полюс, дает возможность току пройти через тело к ней. Если почва под ногами суха, чиста и тверда, то она представляет собой очень большое сопротивление, если же она грязна, влажна и содержит соли, то сопротивление очень мало. Также некоторого рода защиту представляет собой сухая обувь и платье. Сила воздействия электричества на человеческий организм: при дальнейшем развитии приведенной выше формулы представляется следующей формулой $S=r\frac{va+P\ ({}^{2}P)}{\Omega}K^{1}K^{2}$

Из моментов, указанных в этой видоизмененной формуле, обозначает время воздействия тока. Ясно, что чем больше оно, тем хуже для организма, о количестве полюсов уже упоминалось нами. Под K_1 п K_2 Jellinek разумеет „константы" где K, или иначе Status somaticus есть состояние человеческого тела к моменту воздействия электричества. Чем спокойнее состояние, тем легче переносится воздействие, тем меньше вреда причиняется организму. Еще задолго до Jellinek'a инженер Aspinall сообщил о своих наблюдениях: спящие монтеры при поражениях током большой силы в тысячу и более вольт отделывались пустяками. Они сами узнавали об этом только по ожогам на месте вхождения тока. По мнению этого автора то же бывает и с пьяными. Эти данные были позднее Jellinek'ом проверены над животными. Кролик под глубоким хлороформным наркозом подвергнут действию тока в 1500 в.; он остался невредимым. В виде сюрприза экспериментатор получил неожиданный эффект дополнительный, кролик моментально проснулся. Полагают, кроме того, что ожидание повреждения в значительной степени уменьшает силу ее, т. к. исключается страх неожиданного, который сам по себе ведет к тяжелым последствиям. (Химический ток) K^2 есть индивидуальное различие в восприимчивости по аналогии с различным отношением того или другого вида животных к электричеству. R, обозначает richtung, т. е. направление или распространение тока по поверхности или через внутренние ор-

ганы, в зависимости от направления избранного током через важные для жизни внутренние органы или по поверхности находится и тяжесть повреждения. В электричестве различают собственно электрическое (электролиз), тепловое и психическое действие его на организм. Молния, рассматриваемая как переменный ток с большими периодами с напряжением в много тысяч вольт, мало чем отличается от электричества технического. Повреждения молнией бывают прямые, т. е. при прямом воздействии атмосферного электричества на человека или же косвенный, например, при попадании молнии на какой-либо близ лежащий проводник (телеграф, телефон) и оттуда уже на человека. Динамическое действие, по мнению Jellinek'a, выражается в превращении электрической энергии в движение масс, каковы явления сотрясения мозга при повреждении электричеством.

По клиническим симптомам воздействие электричества характеризуется так называемыми местными и общими симптомами, которые в свою очередь делятся на ранние и поздние. К числу местных симптомов прежде всего принадлежат: разрывы и продырявление одежды, ожоги на месте вхождения и выхождения тока; уничтожение волос, поверхностные некрозы, импретация кожи металлоксидами, кровоизлияния, отеки, эритемы и молниевидные фигуры. Местные симптомы выступают обыкновенно немедленно, однако в этом отношении имеются редкие случаи их позднего появления: Jellinek описывает случаи, когда через 16 дней появились кожные изменения на пальцах правой руки, в то время, как на левой руке они появились тотчас же. Из общих симптомов со стороны нервной системы и внутренних органов следует отметить: потерю сознания, параличи или судорожно-двигательные расстройства, расстройства со стороны дыхательных органов и сердечной деятельности, кишечника, почек, мочеполового аппарата и целый ряд других. К числу поздних симптомов, развивающихся от удара молнии, развивающихся на протяжении от нескольких недель до 4-х лет отмечаются легкие расстройства ума с манией преследования, явления параличей с расстройствами чувствительности, трофоневротические явления, критические процессы, обезображивающие артриты, анкилозы (симметрич. на 2 конечностях), симптомы эмболии мозга, декомпенсация сердца и некоторые другие; среди поздних симптомов видное место занимает образование катаракт.

Сообщают, что при вскрытиях людей, погибших от молнии, ни со стороны мозга, ни со стороны важных для жизни органов анатомических изменений не находили. Однако другие авторы, как Taylor, Baurmes иногда констатировали грубые повреждения, переломы черепа, разрывы и разможжения головного мозга и других органов. Ричардсон у одного убитого молнией нашел трещину на стенках 4-го желудочка. Дужком Ганнибал в одном случае нашел перелом черепа и ампутацию пальца. В описанном случае с проф. Рахманом, убитым в 1755-ом году в Петербурге во время экспериментов с атмосферным электричеством, не найдено никаких изменений в головном мозгу, но в легких и малом сальнике имелись кровоизлияния, большой сальник был размозжен. Jellinek в своей электропатологии сообщает, что при вскрытии погибших от молнии ему не приходилось замечать микроскопических изменений со стороны головного и спинного мозга и периферич. нервной системы, но часто встречались микроскоп. изменения, заключающиеся в разрывах тончайших сосудов, кровоизлияниях в разрушении и изменении форм клеток, в смещении ядер. Из этих микроскопических повреждений у оставшихся в живых по его мнению развиваются потом очаги перерождения. 9 случаев повреждения молнией, предста-

вленных д-ром Pfahl'em имеется подтверждение этого взгляда. В пяти из них, как поздние симптомы развились изменения со стороны зрительных органов (глаз): сужение поля зрения, изменения глазного дна, появление точкообразных экстрализатов на роговице, нарушение аккомодации через 16 мес. и побледнение одной радужной. По всем доступным нам источникам прогноз для повреждений молнией представляется в следующем виде; при тяжелых повреждениях молнией и прохождении ее через важные для жизни органы смерть наступает моментально при потере сознания и мгновенном параличе дыхания и сердца, однако весьма нередки случаи быстрого восстановления деятельности сердца и дыхания. В таких случаях продолжительные наблюдения указывают на сохранение жизни появлением больших или меньших поздних симптомов. Из 9 случаев, описанных Pfahl'em умер только один и то от заболевания, не связанного с повреждением. Из 57 наблюдавшихся Jellinek'ом пораженных молнией погибло только 5. В литературе считаются редкими случаи поздней смерти от молнии. Случай, опубликованный Bugge в 1874 году и относившийся к молодой девушке, пораженной молнией и умершей лишь через 33 дня, причем вначале была только незначительная головная боль, одышка и сердцебиение, а на 6-й день наступила правосторонняя гемиплегия—считается и до сих пор единственным. Имеются указания на случай, описанный Taylor'ом, где смерть наступила через 4 года при явлениях тетании, но какого рода были начальные повреждения, и находится ли смерть в непосредственной зависимости нам неизвестно. Существует мнение, что если пораженный молнией не умирает тотчас же за ударом, то предсказание складывается по большей части благоприятно. Случай, наблюдавшийся в нашей клинике и послуживший поводом по предложению проф. Рубашева к изучению вопроса и настоящему описанию, представляет собой определенный интерес, как случай поздней смерти после поражения молнией.

История болезни.

21/VI-1924 г. в хирургическую факультетскую клинику доставлен мальчик 15 лет дер. Игрушки, Витебской губ. и уезда, Рухлинский. Две недели тому назад он отправился вместе с другими мальчиками в ночное пасти лошадей. Разложив костер и опустив лошадей, они улеглись спать. Ночью во время сна он почувствовал какой-то удар. Проснувшись, он узнал от других, что ночью была гроза, и молния ударила по близости от их расположения. Они все перепугались. Один был убит, его они тоже считали убитым, но потом по дыханию поняли, что он жив. Встать он сам уже не мог: чувствовал сильную общую слабость; какое-то ослабление правой руки и ноги, боль в голове и боку. Его отвезли домой, там он несколько дней пролежал, рука немного поправилась, нога медленно, но все же улучшалась. В настоящее время жалуется на общую слабость, плохую функцию правой руки и ноги, замечает вялость и сонливость. Имеется незначительная боль от раны в боку.

Мальчик среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Видимые слизистые несколько бледно окрашены. На левой стороне головы в теменной кости имеется некроз кожи, правильно круглой формы и диаметра в 8-9 сант. Кожа тонка, как папиросная бумага, легко снята пинцетом, после чего обнажилась кость, в центре которой имеется некоторое почернение. На левом боку по подмышечной линии на 11-12 ребре имеется рана в 2-3 сантим. длины, в 1 сант. глубины. Со стороны внутренних органов никаких отступлений

от нормы не замечается. При исследовании нервной системы парез всей правой половины тела, парез лицевого нерва правой стороны. Язык сильно отклонен вправо. Клонус правой стопы резко выражен. Мышечная сила правой руки ослаблена. Тоны сердца ясны, пульс 56 в минуту удовлетвор. наполнения. Темп. 37,2. Сонливость. При расспросах ориентируется правильно, разговор несколько затруднен. Моча N. Больной направлен в нервную клинику для обследования; при невропатологическом исследовании найден типичный гемипарез правой стороны в связи с травмой. Путешествие в клинику совершил на извозчике, но все же пришлось сделать пешком шагов 300, которые больной при незначительной поддержке сделал сравнительно легко, также и на обратном пути; 23 и 24 июня без изменения: темп. 37,0 и 36,8. 26/VI больной более вял, находится как-бы в забытьи. Пульс 50 в минуту; темп. 36,6. 27 и 28—без перемен; 29/VI заметно ухудшение в состоянии больного: некоторое помрачение сознания, не различает правой и левой стороны, с трудом отвечает на вопросы и с большим трудом передвигается при энергичной поддержке. Пульс—56. Темп. 36,6. 30/VI st. idem. 1/VII слаб; подняться не может, на вопросы не отвечает, не принимает пищи, всю ночь рвота. 2/VII коматозное состояние. 3/VII st. idem. 4/VII exitus letalis.

Протокол № 50 патолого-анатомического вскрытия трупа мальчика 15 лет Р. 5/VII скончавшегося в хирургической факультетской клинике.

Вскрытие произведено 5/VII (только черепной полости). Клинический диагноз: combustio cranii et cerebri. Патолого-анатомический диагноз: некроз левой теменной кости вблизи заднего верхнего угла величиной в пятикопеечную монету. Абсцесс в задней части большого полушария в области задней части внутренней капсулы величиной в яйцо. В левом полушарии в задней части внутренней капсулы имеется полость с некрозом мозга и обширными кровоизлияниями. Мозговое вещество особенно левого полушария дрябло, отчего сосуды расширены. В коре мозга несколько гнойников. На левой теменной кости в задней ее части кость оголена и некротична. Вокруг пластинки проходит щель. На внутренней стороне кости точечные кровоизлияния.

Микроскопическое исследование, произведенное директором патолого-анатомического Института проф. *Титовым*: кусочки взяты из стенки полости и окрашены гематоксилином и эозином. На поверхности этих стенок видны остатки выполнявшего полость распавшегося мелкозернистого мозгового вещества, среди которых находится масса гнойных шариков, частью сохранившихся, а частью уже почти подвергшихся распаду. Этот гнойный распад без резкой границы переходит в мозговое вещество, при чем здесь уже в значительно большем количестве начинают попадаться и крупные шаровидные жиры, содержащие клетки, которые одиночными экземплярами попадались среди самого гнойного распада Fettkörechenzellen. Сосуды мозгового вещества резко расширены, наполнены кровью и вокруг большинства отмечается то более узкое, то более широкое поле мелкокруглоклеточной инфильтрации с примесью многоядерных лейкоцитов. В толще же мозгового вещества, прилегающего к главной большой полости, попадаются довольно резко контурированные гнойные фокусы такой же структуры, как и большой фокус.

При разборе этого случая рассмотрим некоторые моменты наиболее интересные в связи с вышеизложенным материалом по вопросу о повреждениях молнией. Пострадавший поражен молнией во время сна, большой заряд атмосферного электричества ударил в левую теменную кость, где мы имеем редкий по величине ранний местный симптом на месте вхождения, ввиде ожога 3-ьей степени, некроза кожи и

кости, а также на месте выхождения в виде некроза мягких тканей на боку. Состояние сна во время удара является константом K, из приведенной формулы и этим возможно об'ясняется то, что мальчик остался жив. К ранним симптомам со стороны центральной нервной системы относится немедленно парез правой половины тела, очевидно, вследствие повреждения проводящих путей из левого полушария в правое. Благодаря отсутствию психического фактора при повреждении: сохранение сознания, памяти и ориентации. В данном случае были основание предполагать, что аналогично многим случаям, приведенным в литературе и установленному взгляду о благоприятном прогнозе при выжидании в первые часы после повреждения, мальчик остался жив и те ранние симптомы, которые были отмечены, будут с течением времени улучшаться. Наступившее, однако, на 4-й неделе после поражения резкое ухудшение несомненно находится в связи с соответствующими прогрессирующими анатомическими изменениями мозга. Найденные при вскрытии микроскопические изменения сами по себе достаточны для возникновения описанных клинических явлений. Но каким образом произошли эти изменения? Ясно, что определенные анатомические нарушения мозга, как результат прямого воздействия молнии, имелись с самого начала. Гемипарез, вялость и сонливость, наступившие сразу? не могли быть вторичными. Ellenburg доказывает на основании многочисленных наблюдений, что клинические симптомы, подобные параличам, возникающие после электрических повреждений, имеют в своей основе патолого-анатомические изменения мозга. Он пишет: „надо принять, что воспалительные изменения мозговых оболочек, коры мозга, а также в глубине мозговых извилин, множественные мелкие кровоизлияния служат основанием тяжелых функциональных расстройств".

Он говорит о хроническом корковом энцефалите.

Может ли быть в нашем случае принято подобное об'яснение, сказать трудно, потому что в конечном итоге вскрытия мы имели перед собой картину гнойного энцефалита, возникшего вследствие проникновения инфекции через некротизированную кость. Вся картина болезни, поражение кости, температурная кривая позволяют думать, что мы имели перед собой энцефалит с присоединившейся вторично инфекцией. Такого рода осложнения являются очень редкими и, по крайней мере, в доступной нам литературе не встретились. В русской мидицинской литературе вопрос о повреждениях молнией затронут очень мало; почти совершенно отсутствуют указания на позднюю смерть после этого поражения. Это обстоятельство послужило побудительным мотивом к опубликованию нашего наблюдения. Изучение его позволяет сделать нижеследующие выводы:

1. В патогенезе болезненных явлений, вызываемых ударом молнии, и в настоящее время остается много невыясненного, что заставляет настаивать на изучении каждого случая.

2. Помимо некроза покровов, молния в состоянии вызвать некроз костей черепа на значительном пространстве.

3. Подобные тяжелые повреждения покровов черепных тканей дают основание предполагать соответствующие тяжелые повреждения мозга.

4. Тяжелые повреждения черепа от молнии могут дать повод к проникновению инфекции в мозг; это соображение должно, в случаях напоминающих описанный нами, заставить прибегнуть к профилактической трепанации.

5. Прогноз при ударах молнии с поражением черепа должен ставиться с осторожностью, в виду возможности поздней смерти.

Об интракавернозном введении лекарственных веществ.

Врач Н. А. Паутов.

Внутрикавернозное введение лекарственных веществ по своему механизму стоит посередине между подкожным впрыскиванием и внутривенным вливанием, более приближаясь к последнему, но отличаясь от него тем, что раствор, прежде чем попасть в общий круг кровообращения, предварительно проходит по венозным пространствам и капиллярам, соприкасаясь, следовательно, с их эндотелием.

В носовой полости, как известно, имеется несколько участков кавернозных скоплений: главным образом на свободном крае нижних раковин, а также на передних и задних концах нижних и средних раковин, т. е. в этих местах подслизистая ткань раковин снабжена обильно развитой сетью венозных капилляров, образующей кавернозную, пещеристую ткань,—чем и обусловливается способность раковин к набуханию или спадению. Предложение Polte[1]) о замене внутреннего вливания—внутрикавернозным оказалось вполне приемлемым на практике; этот способ оказался более безопасным и упрощенным приемом по сравнению с внутривенозным методом, и не уступающим по своему терапевтическому эффекту. Практическое выполнение внутрикавернозного введения для лица, владеющего техникой риноскопии, не представляет никакой трудности. Расширив ноздрю носовым зеркалом (нередко достаточно просто большим пальцем приподнять кончик носа) и осветив носовую полость при помощи лобного рефлектора, мы сразу же увидим передний конец нижней раковины, выступающей в виде подушечки с латеральной стенки носовой полости. После этого—уже совершенно нетрудно ввести в передний конец раковины иглу шприца и впрыснуть его содержимое. Для этой цели особенно удобен специальный носовой шприц с изогнутой под углом тонкой иглой, но в общем довольно просто произвести вливание и обычным шприцем Rekord; желательно лишь иметь наиболее тонкую иглу, так как при этом удается провести всю процедуру вливания—бескровно. Если при вливании и случается кровотечение, то оно ограничивается лишь несколькими каплями крови и останавливается или самостоятельно или при помощи введенного в ноздрю маленького рыхлого ватного тампончика. Вливание следует производить медленно, постепенно вдвигая поршень шприца; при этом получается тактильное ощущение, как будто впрыскивание производится „в пустоту“—почти без всякого давления,—равным образом и в об‘еме раковины не происходит никаких изменений, так как раствор тотчас же проникает в кровь. Обычно вливают от 2 до 5—10 куб. сант. раствора. Опытами К. Л. Хилова[2]) было

---

[1]) Zeitschrift f. Hals, Nazen und Ohrenheilkunde 1922 г.

[2]) Сообщение в О-ве врачей по ушн., горл. и носовым болезням в Ленинграде. 1924 г.

выяснено, что в носовую раковину удается ввести до нескольких десятков куб. сантиметров (50—100) раствора (напр., физиологического); но введение больших количеств представляется затруднительным, хотя бы уже потому, что для этого необходимо пользоваться толстой иглой, что травматизирует раковину, вызывает нежелательное кровотечение и т. д.

Процедура вливания—почти безболезненна и не требует предварительного обезболивания. Лишь у особенно боязливых пациентов приходится прибегать к однократному смазыванию слизистой оболочки 5 проц. или 10 проц. раствором кокаина. При этом желательно анестизировать лишь самую минимальную поверхность слизистой (лишь на месте будущего укола иглы шприца), так как под действием кокаина кровеносные сосуды раковины суживаются, и раковина уменьшается в об'еме,—что может затруднить быстрое поступление раствора в кровь. Преимущество интракавернозного введения перед внутривенным заключается прежде всего—в его безопасности. В то время как при внутривенозном введении (напр., неосальварсана) каждая ошибка,—например, попадание раствора мимо вены в клетчатку,—может повести к тяжелым осложнениям (флегмона, некроз—вплоть до ампутации конечности), внутрикавернозный метод избавлен от этой опасности. Если, допустим, раствор излился мимо раковины, то попасть он может лишь в носовую полость, где он безвреден, и откуда он или изливается наружу или выплевывается через рот. В этих случаях больные чувствуют, что жидкость затекает им в ротовую полость.

Вместе с тем гистологические исследования В. Ф. Ундрица [1]) с достоверностью показали, что при внутрикавернозном введении неосальварсана в носовой раковине не происходит никаких воспалительных явлений.

Второе преимущество внутрикавернозного введения заключается в его простоте, делающей этот метод удобным при массовой амбулаторной работе. При обычном внутривенном способе, как известно, требуется строжайшая асептика, тогда как погрешности в асептике при внутрикавернозном введении проходят безнаказанно. Считается, что носовая полость обычно не содержит патогенных для данного человека микроорганизмов, и при всех внутриносовых операциях мы следим лишь за стерильностью хирургического инструментария и впрыскиваемых растворов, почти не заботясь о дезинфекции самой носовой полости.

Распространение сифилиса за последние годы побудило искать упрощенных способов его лечения, и предложенное Polte внутрикавернозное вливание касается именно сальварсанотерапии. У суб'ектов с сильно развитым подкожным жировым слоем или с нерезко выраженными венами (у женщин и детей) введение сальварсана может оказаться затруднительным, сопряженным с риском неудачи и осложнений, а иногда—и вовсе невыполнимым или требующим хирургического обнажения вены. В этих случаях внутрикавернозное введение в раковину легко разрешает все затруднения.

В ленинградских клиниках способ Polte был испробован и принят в обычной работе. Так, в клинике ушных, горлов. и носов. болезней Военно-Медиц. Академии (проф. В. И. Воячека) экспериментальные и клинические исследования были произведены Ундрицем и Хиловым, при чем была установлена возможность безопасного внутрикаверноз-

---

[1]) Врачебная Газета 1924 г. № 13—14 и журн. Венерология, дермотология и сифилидология 1925 г. № 2.

ного введения помимо неосальварсана и других лекарственных веществ: 20 проц. раствора calcii chlorati (от 2 до 5 куб. сант.) при отосклерозе, urotropin'a (5—15 куб. сант. 40 проц. раствора)—в случаях отогенной пиэмии, морфия, адреналина и т. д. Равным образом и из других клиник появились сообщения о внутрикавернозном введении неосальварсана Рудаков [1]), Штейнман [2]),—все авторы сходятся на заключении о безопасности и удобстве этого способа.

Будучи сотрудником клиники проф. В. И. Воячека, я имел возможность наблюдать исследования над изучением внутрикавернозных вливаний, и в дальнейшем в течение года пользоваться этим методом. Так, по показанию врачей-венерологов мною производились вливания неосальварсана у сифилитиков—в тех случаях, когда представлялись какие-либо затруднения для внутривенного вливания; в ларингологической же практике приходилось вливать сальварсан также и при нелюэтических процессах (напр., при angina Plaut-Wincenti), — при чем можно было отметить положительный терапевтический эффект. В нескольких случаях отосклероза я производил повторные вливания хлористого кальция; если, правда, в этих случаях нельзя было убедиться в терапевтическом значении указанного препарата при данном заболевании, то все-же можно подтвердить, что вливания оказались совершенно безопасными и легко переносились пациентами. Наконец, я вливал хлористый кальций профилактически перед производством различных носовых операций (напр., конхотомии)—для уменьшения длительного в этих случаях носового кровотечения.

Таким образом, вопрос о внутрикавернозных вливаниях в ларингологической литературе можно считать решенным в положительном смысле. Венерологические клиники Ленинграда заинтересовались этим способом, для того, чтобы овладеть им, начали изучать технику риноскопии,—что, разумеется, само по себе не представляет никаких трудностей, но требует все же известной затраты времени, необходимого для выработки автоматизма при пользовании лобным рефлектором. Но, повидимому, как всякое новое начинание, этот способ может встретить и недоверчивое отношение к себе со стороны врачей. Печальную иллюстрацию этого мне пришлось наблюдать несколько времени тому назад: врач-ларинголог, желая ввести неосальварсан при Винцентовской ангине, и руководимый вполне естественным нежеланием „производить эксперименты“ с внутрикавернозным введением, произвел вливание по „испытанному“ способу—в вену локтевого сгиба,—и получил осложнение—злостную флегмону кисти и предплечья, что причинило пациэнту физические, а врачу—нравственные страдания. Мне думается, что задача ринологов заключается в пропаганде внутрикавернозных введений среди не специалистов по носовым болезням, тем более, что в СССР за последние годы усилился интерес к специальности ушных, горловых и носовых болезней.

---

[1]) Русская ото-ларингология 1924 г. № 2.
[2]) Доклад на С'езде ларингологов в декабре 1924 г.

Случай воздушной опухоли гортани и шеи.

(Laryngocele).

Из клиники болезней уха, горла и носа Белорусского Государственного Университета (директор проф. С. М. Бурак).

Ассистент клиники **Б. Л. Фельдман.**

Воздушною опухолью гортани и шеи называют увеличенный и расширенный appendix Морганиева желудочка, наполненный воздухом и выдающийся в полость гортани и на шею. В виду того, что такие опухоли встречаются очень редко (в русской литературе описано всего 3 случая), иностранной в 1916 г. собрано всего 32 случая) считаю не без'интересным сообщить о нашем случае.

Прежде, чем приступить к описанию нашего случая разрешите вкратце вспомнить анатомию гортани. Скелет гортани составляется из щитовидного хряща, кольцевидного, 2-х черпаловидных и надгортанника с соответствующей мускулатурой, связками, сосудами и нервами. Кроме того нас здесь непосредственно интересует membrana hyo-thyreoidea между щитовидным хрящем и выше лежащей под'язычной костью. Внутреннюю поверхность гортани выстилает слизистая оболочка, которая образует с каждой стороны по две горизонтальных складки plicae ventriculares и plicae vocales. Между этими складками имеется с каждой стороны углубление (ventriculus Morgagnii). Эти желудочки могут кверху и книзу отдавать от себя карманы (appendices). Под влиянием тех или других причин эти самые карманы могут увеличиваться—и вот сильно увеличенные и расширенные карманы (appendices), наполненные воздухом и выдающиеся в полость гортани и на шею и называются воздушною опухолью шеи и гортани.

Механизм происхождения таких опухолей мало выяснен, но, весьма вероятно, причина заключается в повышенном внутригортанном давлении; как, например: у лиц, играющих на духовых инструментах, у муедзинов, т. е. лиц, которые ежедневно по несколько раз с высоты минаретов призывают правоверных на молитву; у лиц с ограниченно-подвижными голосовыми связками и проч.

Нормально подобное увеличение карманов до образования больших воздушных мешков находят у некоторых пород обезьян, у некоторых домашних птиц (кур, уток), у лягушек.

Назначение их непонятно: одни авторы говорят, что они служат для регулирования температуры вдыхаемого воздуха, другие видят в нем запугивающий аппарат (оранг-утанг при приближении к нему нежелательного лица не рычит, а надувает при этом шейные мешки). Самым логичным и правдоподобным об'яснением, мне кажется, следует считать мнение Weingaertner'a. Он считает воздушную опухоль шеи за грыжевое выпячивание, он говорит, что подобно тому, как для появления грыжи необходимо предрасположение и длительное напряжение, так и причина возникновения воздушной опухоли—предрасположение и воздушное давление. Если карман гортанного желудочка под влиянием этих моментов хоть раз надувался и растягивался, то при

длительном повышенном давлении он постепенно увеличивается или внутрь или латерально или в обе стороны.

По положению в отношении membranae hyothyreoideae воздушные опухоли разделяются на внутренние, наружные и смешанные (наружно-внутренние). По происхождению Hippel разделяет воздушные опухоли на врожденные, т. е. такие, которые уже имели наклонность к образованию и симптоматические, т. е. такие, которые образовались вследствие патологических процессов в гортани.

В отношении симптомов следует отметить: 1) затрудненное дыхание, 2) хрипоту, 3) появление на шее округлой мягкой опухоли, 4) выпячивание опухоли внутри гортани, 5) неожиданное появление опухоли при сильных кашлевых толчках и 6) медленное исчезание. Порой этих признаков недостаточно, чтобы поставить диагноз редкой воздушной опухоли. Кисты шеи, кисты жаберных ходов, лимфангиомы, глубокие дермоиды шеи могут давать подобную картину болезни. В таких случаях помогает пробный прокол, а если это нежелательно (дабы не нарушить редкой картины воздушной опухоли, с другой стороны, если это киста—не потерять ее формы и напряжения до операции), то приходят на помощь рентгеновские лучи—на пленке мы видим на месте воздушной опухоли круглое темное пятно, как доказательство присутствия воздуха.

Что касается лечения то применялись в случаях описанных разные способы: при внутренних мешках выкусывали стенки мешка, накладывали гальванокаустические петли, расщепляли гортань для удаления мешка, впрыскивали смесь карбол-глицерина āā. Наиболее радикальным и верным, но вместе с тем и трудным, следует считать удаление мешка смешанного типа путем кожного разреза и вылущения его (Reich, А. Иванов).

Теперь о нашем случае: больной М. 38 летн. с 15 летн. возраста работал в качестве пекаря 8 лет., отбывал воинскую повинность, с Октябрской революции занимает ответственные профессиональные и хозяйственные посты. Под моим наблюдением находится в течение последних пяти лет, вследствие упорного катаррального состояния носовой полости, носоглотки и глотки. После лечения (прижигания, смазывания, и 6-ти недельного пребывания в Кисловодске (ингаляции) летом пр. 1925 года больной значительно поправился и состояние можно было считать вполне удовлетворительным. Но вот в сентябре 1925 года больной однажды ночью после 2-3-х дневного покашливания заметил припухлость шеи справа, болезненность справа при поворачивании головы. Когда он явился утром ко мне, я мог констатировать мягкую, эластичную, разлитую припухлость шеи справа, в глотке и гортани ничего патологического обнаружить не удалось. Больному я рекомендовал тепло и через 2-3 дня все явления исчезли. Вторично больной явился с теми-же жалобами в середине января 1926 г. При осмотре, кроме опухоли шеи справа в верхней части, обнаружено было выпячивание правой же боковой стенки глотки (sinus pyriformis и выше); выпячивание это закрывало правую половину гортани. Кроме того б-ой жаловался на затрудненное дыханье и хрипоту. Такое состояние продолжалось 7-8 дней. Мной была заподозрена воздушная опухоль. Проф. Бурак наш диагноз подтвердил. В настоящее время самочувствие б-го хорошее, никаких жалоб и явлений со стороны глотки и гортани, кроме минимальной припухлости шеи справа.

Мы конечно не можем считать б-го излеченным, ибо при повторном возникновении воздушной опухоли он может подвергнуться всяким случайностям: в меньшей мере могут явиться те же болезненные явления,

сопровождающиеся хрипотой и одышкой, а то и явления стеноза гортани. Интерес этого случая именно для всякого врача заключается в том, что при незнании возникновения воздушных опухолей можно совершенно напрасно растеряться, имея перед собой такого больного с явлениями стеноза гортани и можно совсем легко травматизировать его (трахеотомия) вместо того, чтобы простым проколом этой опухоли заставить ее спасться и тем сразу помочь задыхающемуся больному.

В заключение выражаю благодарность профессору С. М. Бураку и сотрудникам рентгеновского кабинета за изготовление снимков.

Литература:

1. Weingaertner—Ueber Laryngocelen. Archiv für Laryngologie et Rhinologie. Bd. 30, H. 3, 1916 года.

2. Анна Скороделова—К вопросу о желудочках гортани и их аномалиях. Ежемес. ушных, горлов. и носов. бол. 1916, № 3-4.

3. А. Иванов—К казуистике и лечению Laryngocele. Сборник научных трудов, посвященный проф. Л. Т. Левину.

4. А. Поляков—О воздушных опухолях гортани и шеи— Сборник научн. труд., посвящ. проф. Л. Т. Левину.

Случай эпидемического церебро-спинального менингита, излеченного антименингококковой сывороткой*).

Из Факультетской Терапевтической Клиники Белорусского Государственного Университета. (Директор, Профессор С. М. Мелких).

Д-р С. П. Соломин.

Эпидемический церебро-спинальный менингит, как известно, принадлежит к числу наиболее тяжелых страданий человека. Тяжесть этого заболевания характеризуется с одной стороны—упорным жестоким течением, а с другой стороны—тем, что оно редко поддается воздействию терапевтических мероприятий. Доктор Генке в своем труде, в брошюре „Beiheite Zur Medizinischen Klinik" за 1912 год, касаясь вопроса о современном состоянии терапии гнойных менингитов вообще, говорит: „наши терапевтические мероприятия против этой разбойничьей" mörderliche) болезни в настоящее время еще не велики. Еще несколько лет тому назад диагноз „менингит" был равносилен слову „потерян". И еще сейчас, говорит Генке, некоторые авторы, как Кернер и другие, относятся весьма скептически к вопросу об излечении менингита. Напротив Наymman в своем реферате об излечимости менингитов отогенного происхождения (заболевания мозговых оболочек, исходящего из заболевания внутреннего уха), описывает 34 случая излеченных менингитов. При этой статистике Haymman приводит те случаи, при которых диагностика основывалась на положительных данных лумбальной пункции, при чем в 22 случаях в церебро-спинальной жидкости быди найдены гнойные тельца, а в 12 случаях были даже найдены микробы.

Гораздо хуже обстоит дело с терапией менингитов риногенного происхождения: число излеченных случаев очень незначительно. Этого вида заболевания ускользали из наблюдения врачебного мира. Только в последнее время, благодаря работам Gerber'a, Dreyfuss'a, Hajek'a и других—стали обращать на них внимание. Доктор Генке приводит 9 случаев излеченных менингитов риногенного происхождения. Причем только в 4 случаях была сделана лумбальная пункция. Жидкость вытекала под высоким давлением. При микроскопическом исследовании жидкости в одном случае было найдено умеренное количество лейкоцитов и диплококки, расположенные экстрацеллюлярно. Во втором случае было найдено множество многоядерных лейкоцитов.

---

*) Доложено на открытой научной конференции при Факультетской Терапевтической Клинике Белорусского Государственного Университета весною 1923 года.

Таким образом мы видим, что излечение менингита не есть частое явление. И вот это-то обстоятельство побудило нас к тому, чтобы опубликовать наблюдавшийся нами в клинике случай эпидемического церебро-спинального менингита, излеченного антименингококковой сывороткой.

История болезни следующая.

Больной М. С.—18 лет, холост, по профессии—кожевник, поступил в Факультетскую Терапевтическую Клинику 25 февраля 1923 года с высокой температурой (39,8) в полубессознательном состоянии и криками по поводу головных болей. Заболел 23 февраля.

Болезнь, по рассказу матери, началась внезапно с сильного озноба и жара. Всю последующую ночь, которую больной провел без сна, его сильно трясло. На утро больной жадно напился холодной воды, и у него вскоре после этого появились сильные рвоты. Больной вытаращил глаза и впал в бессознательное состояние. В таком состоянии был доставлен в клинику.

При опросе матери удалось получить следующие анамнестические данные: до трех лет—болел рахитом. В возрасте одного года—плеврит, 5-и лет перенес очень легко корь, 6-лет—воспаление легких, 7 лет больной был укушен лошадью в голову до крови. В 1918 году он болел испанкой, в 1921 году—перенес несколько приступов возвратного тифа. Уже второй год, как больной страдает—особенно зимою—от фурункулеза, который высыпает то на лице, то под носом или на губах. За несколько дней до заболевания больной стал жаловаться на сильные боли в ушах, которые продолжаются до настоящего времени.

Со стороны наследственности ничего патологического не отмечается. Табаку, алкоголя больной не употребляет. Люэса нет.

При об'ективном исследовании обнаружено следующее: состояние сознания—спутанное, беспамятство, бред, по временам—неистовые крики по поводу головных болей. Больной отзывается на обращение к нему и приходит в себя, когда трогают его или когда двигают кровать. Положение большей частью на боках с отведенной кзади головой и притянутыми к животу нижними конечностями, согнутыми в тазобедренном и коленном суставах. При попытке выпрямить их они оказывают противодействие—(симптом Кернига). Общее питание ослабленное. Состояние сил резко ослабленное. Температура тела—39,8—40,5. Пульс—120 ударов в одну минуту, правильный, среднего наполнения. Дыхание—32 в одну минуту. По коже, особенно нижних конечностей распространены зажившие язвы фурункулеза. У входа в нос, а также по всей верхней губе—herpes с из'язвлением. Язык влажный, обложен. Аппетита нет. Запор. Живот слегка втянут, напряжен. При дотрагивании болезненность. Печень—норма. Верхний край селезенки перкуторно определяется на 8 ребре. Границы легких норма. Дыхание везикулярное. Местами слышны единичные, сухие и влажные хрипы. Сердце: размеры в пределах нормы. Тоны чистые, акцентуированные. Число сердечных сокращений—120. Лимфатические железы не увеличены.

Кровь: Гемоглобину—70 проц., эритроцитов 5.200.000, лейкоцитов—16400. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов—78 проц., лимфоцитов—18 проц., моноцитов—3 проц. и эозинофилов 1 проц.

Моча: Удельный вес—1.015. Белку и сахару нет. В осадке ничего патологического не обнаружено.

Со стороны нервной системы отмечают следующие расстройства. Маниакальное возбуждение, бред, мучительная бессоница по ночам— сменяются апатией и беспамятством, сильные головные боли, и боли в области затылка. Отмечается резкая ригидность затылка; слух ослаблен. Коленные рефлексы отсутствуют. Резко выражен симптом Кернига. Отмечается чувствительность кожи к давлению.

Дневник болезни.

27/II. Сон плохой. Был желудок после клизмы. Больной жалуется на боли в ушах. Было выпущено 20 кубиков церебро-спинальной жидкости. Жидкость мутная. Вытекает под большим давлением. Исследование жидкости: белку—0,1 проц. Реакция Nonne Apelt'a++, в осадке— преобладание многоядерных и одноядерных лейкоцитов.

Было сделано вливание в спинно-мозговой канал 20 кубиков *антименингококковой сыворотки.*

28/II. Состояние тоже самое.

1/III. Температура—38,5/39,8. Было произведено исследование состояния органов слуха. Обнаружено—*правое ухо*: гною незначительно, барабанная перепонка мацерирована с центральным прободением. Наружный слуховой проход свободен. *Левое ухо*: барабанная перепонка утолщена, по краям—гиперемирована.

Был сделан вторичный поясничный прокол: выпущено 20 кубиков церебро-спинальной жидкости. Жидкость менее мутная, чем в первый раз.

Сделано вливание столько же антименингокковой сыворотки.

2/III. Состояние больного несколько лучше.

3/III. Был сделан (в 3 раз) поясничный прокол, выпущено 20 куб. с. м. Жидкость вытекает под невысоким давлением и по виду—более светлая. Сделано вливание 20 кубиков антименингококковой сыворотки.

4/III. Температура утром—37,5, вечером—38,0; пульс 88 ударов в 1 мин. Был сон (первый раз). Головные боли меньше.

5/III. Температура 37,6. Состояние тоже самое. Самочувствие лучшее. Симптом Кернига еще резко выражен.

6/III. Пульс 84. Сон был. Желудок самостоятельный. Мочеотделение есть. В легких сухие хрипы.

7/III. Вечером температура 40,0. Было выпущено 20 кубиков см. спинно-мозговой жидкости. Сделано вливание в спинно-мозговой канал 20 куб. см. антименингококковой сыворотки.

8/III. В осадке, окрашенном по Грамму, найдены *менингококки.*

10/III. Состояние больного улучшается.

13/III. Т-ра 37,8. Пульс 84. Аппетита нет. Общая слабость; головная боль.

16/III. Жалуется на сильную головную боль. Симптом Кернига. Ригидность затылка. П. 100. Введено под кожу 30 куб. антименингококковой сыворотки.

17/III. П. 72. Чувствует себя значительно лучше. Симптом Кернига держится.

18/III. П. 84. Чувствует себя хорошо. Симптон Кернига менее выражен.

20/III. Введено под кожу 30 куб. атименингококковой сыворотки.

22/III. Тоже самое. Введено под кожу 30 куб. сыворотки.

23/III. Чувствует себя значительно лучше.

26/III. П. 84. Боли в поясничной области. Болезненность поясничных позвонков. Ригидности затылка нет.

28/III. П. 78. Чувствует себя значительно лучше. Боли в пояснице уменьшились. Головных болей нет.

30/III. П. 84. Дыхание 21. Головокружение. Спал хорошо.

31/III. St. idem.

1/IV. После ванны чувствует себя лучше. Головокружение держится.

3/IV. St. idem.

4/IV. Почти полное отсутствие коленных рефлексов. Ригидность в коленных суставах. Зрачки расширены.

8/IV. Слабость и головокружение проходит. Сон хороший.

10/IV. Самочувствие значительно лучше. Стул в порядке. Жалуется на слабость и боли в ногах.

13/IV. St. idem.

14/IV. Общая слабость. *Ходит.*

15/III. St. idem.

16/IV. Жалуется на боли в правом ухе.

18/IV. При хождении несколько шатается.

22/IV. Боли в ухе проходят. Общая слабость.

23/IV. St. idem.

24/IV. Больной, по собственному желанию, выписался домой.

Таким образом, пред нами случай церебро-спинального менингита отогенного происхождения в тяжелейшей форме. Случай излеченный, что является, как мы указали выше, большою редкостью.

Из терапевтических мероприятий при эпидемических церебро-спинальных менингитах коснусь лумбальной пункции, как самостоятельной терапевтической меры и остановлюсь главным образом на введение в организм интраспинально или подкожно антименингококковой сыворотки. Для того, чтобы выяснить себе значение лумбальной пункции при лечении церебро-спинального менингита, нам надо указать на те этиологические моменты, которые приводят больного к летальному исходу. Из этих причин Генке останавливается главным образом на двух: Первая причина—это отравляющее действие токсинов на мозговые центры дыхания и кровообращения. Вторая причина это увеличивающееся давление внутри спинно-мозгового канала. Каждая пункция имеет своим последствием как уменьшение микробов и токсинов, так и частичное устранение давления. Последнее обстоятельство обусловливает собою лучшее рассасывание патологической жидкости и кроме того улучшение дыхания и сердечной деятельности.

При лумбальной пункции предпринимается интраспинальные инъекции: колларгол, электраргол, которые рекомендуется целым рядом французских авторов: Laurens'a, De Milly, Anboyer, затем, в зависимости от природы возбудителя, применяется антистрептококковая, антипневмококковая и антименингококковая сыворотка. В нашем случае имелись на-лицо оба эти два фактора терапевтического воздействия: лумбальная пункция и введение в организм как в спинно-мозговой канал, так и подкожно антименингококковой сыворотки. Но по нашему мнению—второй момент—именно введение в организм антименингококковой сыворотки безусловно являлся спасительным средством для нашего больного.

Относительно действия антименингококковой сыворотки—некоторые авторы, в том числе и Yochmann, придает наибольшее значение бактериотропным свойствам сыворотки, тогда как другие, Kraus и Dörr, особенно напирает на антитоксическое ее действие.

Применение антименингококковой сыворотки является, по мнению Vilhelm Knöpfelmacher большим прогрессом в терапии церебро-спинального менингита, при чем самым важным фактом является значительное

уменьшение смертностей, пользуемых сывороткой больных. Это положение основывается на статистических данных различных стран: так наприм.: в Вене смертность в госпиталях составляла до серотерапии 63—85 проц., после начала применения серотерапии—она упала до 29—45 проц. В Германии (по Леви)—до серотерапии—78 процентов, после—18 проц. Во Франции Dopter определял смертность до серотерапии в 65 проц., после 16,2 проц. Netter и Debré располагают 133 наблюдениями над эпидемическим менингитом. В 33 из них, не леченных сывороткой, смертность составляла почти 50 проц., тогда как в 100 случаях, пользованных серотерапией, она была всего в 28 проц. По сообщению Флекснера на 712 случаев, пользованных его сывороткой в Америке, Англии и Франции, смертность составляла 31,4 проц. Профессор Вильгельм Кнепфельмахер приводит свою статистику, которая обнимает 60 случаев менингита, пользованных серотерапией, где смертность доходила до 30 проц.

У нас не имеется статистических данных процентного отношения между смертностью до и после применения серотерапии в России. Но в 3 номере журнала „Клиническая Медицина" за сентябрь 1921 года имеется статья ординатора Неврологического Отделения Травматического Института д-ра Кожевникова под названием „Наблюдения из практики". В этой статье автор описывает очень интересный случай церебро-спинального менингита у юноши 16 лет, который наблюдали в мае и июне 1920 г. и который был излечен впрыскиванием противоменингококковой сыворотки, что является, по мнению автора, большой редкостью. И вот по поводу этого случая д-р Кожевников говорит, что сывороточное лечение далеко не во всех случаях дает благоприятные результаты, и что последние 3 года наблюдавшиеся в Москве целым рядом врачей менингиты кончались почти всегда смертью.

Отмечают, что в грудном возрасте серотерапия приносит мало пользы и смертность от менингита у грудных детей остается довольно большой. До серотерапии—90 проц. после введения серотерапии—до 60 проц.

Стараются об'яснить малый успех серотерапии в грудном возрасте тем обстоятельством, что у грудных детей природу заболевания узнают слишком поздно.

Действие серотерапии сказывается не только: 1) в понижении смертности, 2) но также и в укорочении продолжительности болезни и 3) уменьшении частоты последовательных поражений, часто имеющих место после церебро-спинального менингита. Вильгельм Кнепфельмахер с последним положением не согласен.

В заключение считаю нужным указать на то обстоятельство, которым приходится считаться при оценке значения серотерапии, а именно: более резкий эффект антименингококковой сыворотки возможен только при условии раннего начала лечения. Так, например, Netter и Debre наблюдали смертность в 5 проц. в случаях, в которых впрыскивания сыворотки было произведено в 1 день болезни и в 33 проц. в случаях, в которых впрыскивание было сделано на 4—7 день.

Литература.

1. Штрюмпель. Учебник внутр. болезней, т. I.
2. Краус и Бругш. Инфекционные болезни т. 2, вып. I.
3. Wilhelm Knöpfelmacher. Эпидемический церебро-спинальный менингит.
4. Д-р Генке. Beiheffe Zur Medizinischen Klinik за 1912 год.
5. Д-р Кожевников. Клиническая медицина. Сентябрь 1921 г.

К вопросу об этиологии аппендицита.

Из фак. хирург. клиники Белор. Госуд. Университета. (Директор клиники С. М. Рубашев).

Врач Х. Б. Левина.

Вопрос об этиологии аппендицита далек еще от полного разрешения и различные авторы пытаются подойти к нему с самых различных точек зрения. Указывают, как на этиологические моменты на характер питания, на возможность инфекции бактериями из кишечника, на действие химических ядов разлагающейся пищи (Heile), на влияние глистов и каловых камней, на травму живота, на ряд гематогенных причин, в частности, на связь с общими инфекциями (ангина, грипп и т. д.). В качестве предрасполагающих моментов отмечают проявление особого диатеза, связь с диатезом артритическим, наконец, семейственность и наследственность аппендицита.

Не касаясь вопроса об этиологии аппендицита в целом, мы в дальнейшем изложим только некоторые наблюдения из факультетской клиники, касающиеся вопроса об этиологии аппендицита. В нашей клинике до ноября 1925 г. наблюдалось всего 105 случаев аппендицита, из них острых 35 и хронических 70. В госпитальной хирургической клинике за 1924 г. прошло всего 92 случая аппендицита, из них острых и подострых 34, хронических 58, а за 1925 г. до июня 51 случай, из них острых 23 случ., а хронических 28 случаев. (За разрешение пользоваться материалом Госп. хирур. клиники выражаю благодарность проф. *М. П. Соколовскому).*

Через терапевт. факульт. клинику до июня 1925 г. прошло всего 14 случаев, из них 5 хронич. и 9 острых. Если мы этот материал сравним с данными последних лет, то прежде всего увидим, что количество случаев заболевания острым аппендицитом, а равным образом количество обострений хронического аппендицита стало значительно больше за последнее время. Никогда еще не было так, как это было в середине мая и в октябре сего года, чтобы в каждой палате лежало по несколько аппендицитных больных. Аппендицит стал столь частым явлением, что на его вспышку в городе обратили внимание не только врачи, но и лица ничего общего с медициной не имеющие. Общее мнение врачей таково, что в годы недоедания и голода, когда население питалось, главным образом, малопитательной пищей, число заболеваний аппендицитом стало значительно меньше, чем до войны.

Наблюдаемый нами взрыв аппендицита надо следовательно поставить в связь с улучшением питания населения, зависящего от роста экономической мощи страны. Перед нами сборник 140-летия Обуховской больницы, содержащий протоколы научных заседаний с 1915 г. по январь 1924 г. В этом сборнике аппендициту посвящено всего 2-3 небольших сообщения, как заболеванию не столь обычному, как в наши дни.

Напротив, на первый план выступают разные виды непроходимости, заворотов и т. п., в особенности в 1918 г. по всей России и в дни голода на Поволжьи. Огромные капростазы, результат питания жмыхами, напоминающими по виду конский навоз, встречаются часто. Аппендицит—явление исключительное. (Греков, Гессе, Спасокукоцкий, Нечаев). В сборниках, посвященных голоду, вышедших под ред. Когана в Харькове в 1922 г. указывается на отсутствие аппендицита в голодные годы в местах пораженных голодом. Любопытную в этом отношении статистику приводит Великорецкий, имевший возможность наблюдать аппендицит на Волге до голода и во время его. Так, согласно его наблюдениям, в 1921 г. на 967 операций—10 было произведено по поводу аппендицита. На 5273 стационарных больных было 29 случаев аппендицита, а в первой половине 1922 г. аппендицита не было вовсе. Если сопоставить эти данные с нашими, то кроме вывода об уменьшении аппендицита в голодные годы мы можем сделать еще один вывод о значительном его росте в связи с переходом на белковую пищу в наши дни. Ведь Великорецкий еще до голода на Волге, бывшей в прежнее время житницей России, отмечает на своем 5000 материале 29 случаев аппендицита, между тем, как в Минске за 1924 г. в одной госпит. клинике было 92 случая аппендицита, в 1925 г. только до июня 51 случай, а в факульт. клинике в 1925 г. до ноября месяца 105 случаев. Несомненно грубая еда стимулирует толстый кишечник; в нормальное время при питании более легкой белковой пищей человечество подвергает себя риску заболевания аппендицитом, так как белковая среда является хорошей средою, для питания бактерий, их размножения и повышения их вирулентности, чему также способствует вялая работа кишечника. Доктор Гар, работая хирургом по многу лет среди сельского и фабричного населения центральной и южной России до войны и во время ее пришел к выводу, что грубая пища крестьянского населения не позволяет развиться атонии кишек и тем препятствует застою пищи и развитию аппендицита; наоборот, мясо, жиры, белый хлеб содействует развитию аппендицита. О том же говорит и Голубов, отметивший в 90-х годах зависимость аппендицита от перехода на белковую пищу. „20 лет тому назад, пишет он в 93-м году, мы аппендицит вовсе не знали, а теперь от него нет отбоя". Лука Шампеньер, придерживаясь того же взгляда на причины роста аппендицита, приводит данные, касающиеся аппендицита в городе и деревне с ее преимущественно вегетерианским режимом. Его цифры таковы: 1 случай аппендицита на 264 больных в Бухаресте в 1895 г. и 1 случай на 22.000 в том же году в деревне. Аналогичные данные говорят, что в военных гарнизонах, расположенных в деревнях, аппендицит встречается значительно реже, чем в городских. (По Schoret в 5 раз меньше). Pochet полагает, что мясная пища и стоящий в зависимости от нее артритический диатез, предрасполагает к аппендициту и выдвигает таким образом в первое мнение об определенном диатезе (конституция, предрасполагающая к аппендициту). Здесь нельзя не коснуться интересной экспериментальной работы Heile; этот последний, вызывая искусственно застой в толстом кишечнике собак, доказал, что возникновению аппендицита способствует застой той белковой или жировой пищи, которая еще не разложилась в тонком кишечнике, что чаще всего бывает при поносах и при перекармливании. В первую очередь здесь действуют не бактерии, а яды-токсины разлагающихся белков, которые разрушают слизистую. Если к этим токсинам присоединяется вторичное воздействие токсинов бактерий, нашедших для себя благоприятную почву, то аппендикс, конечно страдает вдвойне.

Наблюдавшееся у нас значительное увеличение числа аппендицитов в последнее время, позволяющее говорить об эпидемии, является тем более характерной, что и иностранные авторы (Heirlein) констатируют значительное увеличение количества аппендицитов в Западной Европе в последние годы. Согласно данным русских авторов (Великорецкий, Греков) количество аппендицитов во время войны особенно сократилось в России и Германии. В странах Антанты, сравнительно меньше пострадавших материально, количество аппендицитов почти не меняется в числе, а на Волге в дни голода его нет вовсе. Для того, чтобы проверить значение белковой пищи для аппендицита, Крич пытался выращивать разные бактерии на обычном пищевом режиме военного времени, при чем оказалось, что гибнут не выдерживая рациона даже непритязательные холерные вибрионы. Ниже мы приводим 2 таблицы. Одну, касающуюся процентного содержания заболеваемости аппендицитом в крупных европейских клиниках в годы до войны и после войны; другую, дающую абсолютную заболеваемость аппендицитом в эти годы в Московских больницах:

Таблица 1-ая.

	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Венская клиника .	14%	16	15	14,5	11	5	7	4	5,5	9
Вюрцбургская . .	—	11	11.5	13	11,5	10	9.5	7	8,5	10
Госпитальная Кантона Винтертур. .	6	7	6,5	10	7,5	10	11	15,5	12,5	13.5

Таблица 2-ая.

	1913	1914	1920	1921
Ст. Екатерининская	298	308	97	140
Сокольническая	157	210	90	133
Яузская	297	290	108	160
Солдатенковская	441	426	210	256
Басманная	246	204	41	133
Щербатовская	62	77	18	24
Владимирская	27	30	18	15

Во второй таблице мы обращаем внимание не только на возрастающее уменьшение аппендицитов до 1921 г., но и на его начинающееся возрастание в этом году, в котором материальное положение населения начинает несколько улучшаться. Эти цифры станут для нас еще убедительнее, если мы их сравним с нашими превышающими сотню случаями за 1924-1925 г. по нашим сравнительно небольшим минским клиникам. Из других авторов, трактовавших этот вопрос за время войны, отметим Glinsky, который отмечает, что нормирование мяса и жиров в Германии и возникновение вследствие этого затруднений в получении этих продуктов на вольном рынке, привело к падению количества аппендицитов в Германии.

Согласно нашим данным, в общем и целом совпадающим с указаниями других авторов, количество аппендицитов начинает прибывать в весенние месяцы и поздней осенью.

Так, по месяцам наши случаи аппендицита располагаются согласно следующей схеме:

Фак. Хир. Клин. 1924 г.		Фак. Хир. Клин. 1925 г.		Госпит. Хир. Клин. 1924 г.		Госпит. Хир. Клин. 1925 г.	
октябрь	5	январь	6	январь	9	январь	12
декабрь	3	февраль	9	февраль	5	февраль	11
		март	6	март	11	март	6
		апрель	13	апрель	11	апрель	11
		май	14	май	13	май	10
		июнь	9	июнь	10	июнь	6
		июль	5	июль	15		
		август	9	август	4		
		сентябрь	9	сентябрь	14		
		октябрь	17	ноябрь	3		
				декабрь	7		

На 2 под‘ема аппендицитной кривой указывают многие авторы, ставя их в связь с эпидемиями гриппа и с атмосферными явлениями. Последнему вопросу посвящена статья Forster‘а, который специально исследовал аппендицит по отношению к изменениям погоды, атмосферному давлению, осадкам и т. д. и пришел к выводу, что все эти явления ни в какой связи с аппендицитом не стоят.

Beale отмечает 2 под‘ема аппендицитной кривой: поздней осенью и ранней весною. Schroft считает наиболее характерными месяцами январь, июнь и июль; Harnstein, Sonnenburg и Голубов полагают, что болезнь зимою вызывается инфлюэнцией, а летом свойственными этому времени года желудочно-кишечными катаррами. Sonnenburg в 1899 г. наблюдал во Франкфурте на Одере взрыв аппендицита весною, а в 1905 г. в одной части Берлина летом. Так или иначе, но у нас в Белоруссии, согласно данным факульт. хир. клиники, мы констатируем вспышку аппендицита весною и поздней осенью. Необыкновенный рост заболеваний в количественном отношении, все более частое число случаев одновременного заболевания в одной семье, в одном предприятии, каковые случаи имеются в распоряжении нашей клиники, убеждают нас в этом. По мнению Fonio статистические данные, эндемическая локализация, одновременность заболевания в одной семье и наконец, семейная предрасположенность делают вполне возможным убеждение, что аппендицит инфекционное, заразное, эндемическое заболевание“. Нам надо поэтому сказать несколько слов об эпидемии аппендицита и его связи с другими эпидемиями. Аппендицит как известно, издавна рассматривается (Sonnenburg) как бактерийное, инфекционное заболевание лимфатической ткани аппендикса.

Проф. С. М. Рубашев в своей работе об аппендиците и холецистите указывает на значение бактерийной инфекции и на то, что бактериальные формы почти всегда можно обнаружить при хроническом аппендиците. Но если аппендицит есть бактерийное заболевание, то нам интересно знать, не стояло ли колебание количества апп-тов за последнее время в зависимости от других инфекций (грипп, ангина и т. д.), о чем мы находим неоднократные указания в больших учебниках (Sonnenburg, Ростовцев). Найман из хир. отдел. Боткинской б-цы пишет: „количество случаев апп-та за время войны, из-за преобладания растительной пищи и из-за голода стала значительно меньше. Речь идет главным образом об энторогенной инфекции, т. к. в частности значительные эпидемии гриппа не повлияли на увеличение заболеваемости аппендицитом“. Schinieden отмечает, что 1917-19 г.г. в Германии наблюдались эпидемии гриппа с осложнениями холециститом и аппендицитом.

Гриппозный аппендицит есть выражение одной из форм общей кишечной инфлюэнции, которая однако чаще поражает colon ascendens. Гриппозный апп-т есть заболевание легкое, протекает под'остро и обходится без операции. К иным выводам, говорящим за определенную причинную связь между аппендицитом, гриппом и так называемыми простудными заболеваниями приходит Ruge. Этот автор изучал апп-т в его отношении к гриппу, воспалению миндалин и простудным заболеваниями вообще на берегу Балтийского и Немецкого морей среди матроских частей. В 1924 г. он имел возможность наблюдать взрыв аппендицита, составивший 60,2 проц. ко всей заболеваемости, в то время, как обыкновенно он составляет 7-9 проц. Аппендицит был вызван эпидемией гриппа, определенно следовал за ним в весьма правильных чередованиях:

грипп 1—8-VIII	12 случ.	грипп с 24-VIII—31-VIII	1 случ.
апп-т	16 „	апп-т	1 „

На берегу Северного моря он наблюдал столь же правильную зависимость аппендицита от ангин.

В условиях, в которых работает наша клиника, причинную связь между аппендицитом и гриппом или другими острыми инфекциями мы констатировать не могли, но можем указать на следующее. Мы наблюдали взрывы аппендицита весною и осенью одновременно со взрывом в нашем городе ряда эпидемий (грипп, ангина). Нам встретился случай, где начало аппендицита было связано с ангиной (за 2 недели до апп—та ангина) и второй, где тоже, повидимому, имелась связь с ангиной (у больной заболевание началось с боли в горле и только через 3 дня развился острый аппендицит). Интересно, что по словам Claus'a (Z. für ärztliche fortbil № 11 1924 г.) рекомендуется вырезывать миндалины при явлениях острого раздражения аппендикса после ангины.

Ткань аппендикса есть лимфатическая фолликулярная ткань. При гипертрофии фолликулярной ткани, вероятно, создаются благоприятные условия для инфекции, аналогично тому, как это бывает при гипертрофии миндалин. Этот взгляд мы здесь приводим не только ради общеизвестной аналогии с ангиной („аппендицит—ангина червеобразного отростка"), но и в связи с вопросом о семейном аппендиците. Наследственная и семейная гипертрофия фолликулярной ткани не есть ли та „конституция аппендикса", которой об'ясняются многочисленные случаи семейного аппендицита с одинаковыми изменениями червеобразного отростка?—Относительно семейственности аппендицита у нас имеется ряд наблюдений как из клиники, так и вне ее.

Так семейство Ч., у которых мать была оперирована по случаю аппендицита дает в течение 2-х месяцев еще 3-х больных аппендицитом (брат и 2 сестры). В мае месяце в нашей клинике оперируют больного В. по поводу аппендицита, а меньше чем через неделю его сестру оперируют в Москве.

Мы можем привести еще ряд таких случаев: П. (аппендицит у брата), К. (сестры). Р. (отец умер от аппендицита) Д. больной брат и сестра С. (почти одновременное заболевание матери и дочери). Ряд случаев аппендицита в семье зарегистрировано также в госпит. хир. клинике. В историях болезней госп. хир. клиники имеются указания на след. случаи семейного аппендицита:

1. У одного больного аппендицитом больна также сестра.
2. „ „ „ оперирован брат.
3. „ „ „ „ сестра.
4. „ „ „ „ брат.

5. У оперированного по поводу острого аппендицита мальчика 8-и лет мать больна хронич. апп-том, у старшей сестры был прободной апп-т, болен аппендицитом дядя со стороны матери и жалуется на боль в правой повзд. области сестра.

Вопрос о семейственности аппендицита ставится теперь не впервые. Первые указания на семейный аппендицит относятся к 1896 г. (Brunn). Вслед за ним демонстрировали семейный аппендицит Tuffier Scheldon, Delbet, Штрюмпель (Уч. част. патол. изд. 1915 г.) говорит: „нельзя отрицать ни эпидемичности, ни наследственности аппендицитов, в особенности для некоторых предрасположенных семей". Один американский хирург оперировал в одной семье в течение 18 м. 9 аппендицитов, при чем у всех оперированных отмечена та же аномалия аппендикса. Из русских авторов аналогичные случаи описаны Алексинским и Барадулиным. Отличие наших наблюдений от вышеизложенных заключается, однако, в значительном учащении семейственного аппендицита за последние годы. Так, Барадулин говорит лишь о 3-х случ. семейственного расположения на 150 оперированных аппендицитов, между тем, как в нашей клинике до мая месяца из 48 случаев встречается уже 8 наследственных.

В чем же надлежит видеть причину семейного характера аппендицита? Reisinger склонен видеть причину в наследственном гистологическом строении фолликулов аппендикса. Dieulafoy, Faisen, Rendu говорят о диатезе, Плетнев об артритическом наследственном диатезе, некоторые авторы о кишечном диатезе (семейная наклонность к запорам и заболеваниям желчных путей), туберкулезе и т. д., наконец, Hayem, исследуя желудок при перитифлите во всех случаях констатировал паренхиматозный гастрит, который и считает наследственно передающейся причиной аппендицита.

Из наших семейственных аппендицитов мы ближе знакомы с 2 семьями. Обе семьи отягощены расстройством обмена веществ. В первой семье подагра у матери и сестры, во второй—подагра и диабет у матери. Что касается наследственности у других больных аппендицитом из нашей клиники, то в тех случаях, где анамнез был собран более подробно мы имеем в ряде семей tbc. (8 случаев) и почечные заболевания (3 случая).

Этим данным, мы впрочем не склонны придавать слишком серьезное значение. С нашей точки зрения, однако, нельзя пройти мимо аппендицита, как заболевания наследственного или во всяком случае семейного. Речь идет повидимому об определенной конституции, если под таковой понимать сумму статических и данамических свойств организма и его особенностей, зависящих от причин эндогенных и экзогенных (морфологическое строение, обмен веществ, питание, условия труда и быта однотипные из поколения в поколение, среда, эндокринные железы). Суммируя изложенные выше данные и наблюдения мы приходим к следующим выводам:

1. За последние годы мы наблюдаем значительное учащение случаев апп-та.

2. Заболевания располагаются таким образом, что дают нам возможность говорить о вспышке весною и осенью.

3. Вспышку аппендицитов весною и осенью можно поставить в связи с эпидемиями гриппа и ангины.

4. За время войны и голода количество аппендицитов стало значительно меньше, так как население питалось главным образом грубой углеводной пищей. Переход на белковую пищу в последние годы содействовал увеличению числа аппендицитов.

5. Учащение случаев семейного и наследственного аппендицитов в последнее время указывают нам на значение этих моментов, как факторов, предрасполагающих к заболеванию аппендицитом.

В заключение выражаю благодарность проф. Савелию Мироновичу *Рубашеву* за предложенную тему и руководство работой.

Литература:

1. Сборник в память 140 летия Обуховской больницы. Ленинград 1924 г.
2. „О голоде“. Сборник под ред. В. М. Когана. 1922 г.
3. Великорецкий. „Нов. Хир. Арх.“. 1923 г. № 11.
4. Гар. „Нов. Хир. Арх.“ 1925 г. № 32.
5. Ростовцев. Перитифлит. СПБ. 1909 г.
6. Sonenburg-Pathologie und Therapie der Peritiplitis 1908 г.
7. Heile-Mönch med. Wochenschrift 1925 г. № 6.
8. Великорецкий. Вестник хирург. и погр. обл. 1924 г. т., IV.
9. Gelinsky-Münch med. Woshensctr. 1917 г.
10. Forster-Zentr. chir 1914 . 11 a.
11. Forio-Deutsche med. Wochenstr. 1924 г. № 2.
12. Проф. С. М. Рубашев. „Новая Хирургия“ 1925 г.
13. Schileden-Münch. med. Woch. 1919 г. № 9.
14. Ruge—«Kliniche Wochenstr. 1925 № 40.

Научное Общество Минских врачей.

(*1925-ый год*).

XVII заседание (15-го ноября).

1. *Д-р Бонч-Осмоловская* демонстрировала случай закрытия дефекта нижней губы пластикой по Филатову. По мнению *проф. Соколовского*, этому способу предстоят широкие перспективы в пластической хирургии. *Проф. Рубашев* сообщает об аналогичном случае из своей клиники, где дефект щеки, после удаления ангиомы, был закрыт этим же способом.

2. *Д-р М. Шапиро* демонстрировал каверному печени, удаленную у 49-летней женщины, 3 месяца тому назад с хорошим результатом. Величина опухоли—9×7×6 см., вес—217 гр. Предполагалась опухоль желчного пузыря.

В прениях проф. *Соколовский и Рубашев* отметили редкость данного случая.

3. *Д-р Савельсон и Глод-Вершук* сделали доклад *о II всесоюзном с'езде патолого-анатомов.*

Проф. Эльберт, коснувшись докладов Давидовского и Криницкого о бешенстве и о числе укушенных в Москве и Германии, отметил, что в руководимом им Белор. Пастеровском институте из 4500 случаев бешенства умерло лишь шесть человек.

Проф. Титов отметил, что из-за обилия докладов на с'езде, последний оказался неудачным: не было возможности в достаточной степени осветить тот или иной вопрос, который обсуждался на с'езде.

4. *Д-р М. Шапиро* ознакомил собрание с *впечатлениями о заграничной поездке в Германию*, где он подробно изучил постановку ортопедического дела, как с лечебной стороны, так и со стороны общественно-социальной.

XVIII заседание (22-го ноября).

Первая половина заседания была посвящена *памяти д-ра Г. С. Липманова* по случаю 1-ой годовщины со дня его смерти. Председатель *проф. Титов* в своей речи отметил заслуги покойного как врача-общественника. *Д-р Балковец* сообщил биографические сведения, а *д-р М. Поляк* обрисовал личность покойного как врача, товарища, человека и общественного деятеля.

Во 2-ой половине заседания *проф. Рубашев* демонстрировал больного с нейрофиброматозом.

Проф. Эльберт сделал доклад: *Серодиагностика сифилиса по методу Meinicke* (с демонстрацией реакции). Докладчику был задан ряд вопросов: как готовится экстракт, можно-ли по *Meinicke* диагностицировать сифилис у детей до 3-х месячного возраста (Wassermann ничего не дает), специфична ли эта реакция только для Lues'a, каково влияние формалина на эту реакцию и т. п. На эти вопросы докладчик ответил: можно приготовить свой экстракт, но для начала, чтоб не дискредитировать реакции, пользуемся настоящим. При микрореакции М. (реакция у детей) получаются хлопья под микроскопом. Formalin употребляется для контроля; он препятствует образованию мути в контрольной пробирке. RM специфична: в то время как RW получается и при других заболеваниях, RM получается только при

сифилисе. От обозначения степени реакции крестами мы отказались. Мы различаем положительную, слабо-положительную и отрицательную реакцию.

Проф. Бурак замечает, что при Lupus'е получается положительная RW и RM.

Проф. Рубашев не сомневается, что репутация RM уже установлена, но не может согласиться с докладчиком, что она может быть проделана всяким врачом. „Демократизация" этой реакции таит в себе некоторую опасность: ведь не так легко точно определить помутнение, осадок и т. п. Лаборант небольшой лаборатории, в небольшом городе, не сможет так легко ориентироваться в этом вопросе.

Докладчик возражает проф. Бураку, что при Lupuse RM дает неясные результаты, а проф. Рубашеву,—что методу Meinicke может. научиться даже неопытный в серодиагностике в течение двух часов

Проф. Титов, резюмируя прения, говорит, что все эти реакции не всегда дают положительный ответ, тем не менее RM служит уже контролем для RW, а для провинциального врача, при критическом отношении и при использовании клинических методов она служит значительным облегчением.

XIX заседание (29-го ноября).

Проф. Рубашев сделал доклад: *Автоматизм внутренних органов и хирургия вегетативной нервной системы.*

Опыты докладчика (в 1910 г.) и других авторов доказали, что перерезка нервов vagus'а и sympathicus'а оказывают преходящее или вовсе не оказывают действия на желудок, сердце и легкие. Опыты Кравкова показали, что почка может работать без нервов, — словом целый ряд наших внутренних органов не нуждается в иннервации спинного и головного мозга, иначе говоря, существует автоматизм внутренних органов; в них заложены короткие рефлекторные пути (ганглии). Операции на человеке дали следующие результаты: при Angina pectoris операция дала в 70 проц. исчезновение припадков (болевых ощущений); при бронхиальной астме она дает меньший эффект; на почке и сосудах—исчезновение каузальгии, а результаты операций на желудке совсем неутешительны. *Вывод:* хирургия вегетативной нервной системы в настоящее время не имеет возможности воздействовать на наши внутренние органы, так как они автономны.

Прения. Проф. *Леонов* рад, что в докладе он нашел подтверждение высказанной им когда-то мысли, что мозг не представляет собою самодержавный орган и что он сам подчиняется могучему коллективу внутренней секреции, химизма и проч. и что все остальные органы, будучи отрезаны от нервных путей, могут жить своей автономной жизнью.

Д-р Чарно указывает, что докладчик упустил из виду трофическое действие нервной системы.

Проф. Гаусман утверждает, что vagus все же имеет влияние на сердечный ритм, на диастолу и систолу сердца, на трофическое состояние сердечной мышцы.

Д-р Балковец тоже не сомневается в существовании связи между автономными органами и нервной системой, но она еще не установлена.

Проф. Кроль не сомневается, что внутр. органы имеют свои собственные короткие дуги, но из этого не следует, что длинные дуги не имеют никакого значения. Конечно, и гормоны играют известную роль, существуют и химическое действие (опыт Loevy из Граца с вливанием крови в сердце без vagus'а). Словом, об абсолютной автономии

органов и о ненужности вагетативной нервной системы говорить не приходится. Существует определенная регуляция, без которой функция организма невозможна. Неверен прогноз докладчика о бесполезности этих операций и в будущем. Этот пессимизм об'ясняется прежним увлечением хирургов оперировать всякий случай, не считаясь с патогенезом болезни.

На *д-ра Фридмана* доклад произвел впечатление, будто vagus и sympathicus совершенно не нужны для правильной функции человеческого организма. Было время, когда отиатры были убеждены, что лабиринт—совершенно лишнее приспособление для слухового аппарата, но потом этот взгляд оказался ошибочным.

Д-р Перельман, на основании двух неудачных операций на Plexus brachialis, по поводу болей в верхней конечности, пришел к заключению о необходимости предварительно установить патогенез заболеваний.

Докладчик, отвечая оппонентам, говорит, что он имел целью дать отчет о накопившемся материале операций на вегетативной нервной системе. Конечно, не может быть речи о совершенной ненужности vagus'a и sympathicus'a или об абсолютной автономности внутр. органов. Своим докладом он хотел лишь указать, что мы еще не во всем сведущи. Нам приходится делать паллиативные операции, не зная даже патогенеза заболевания. Поэтому, доклад представляет собою вопль хирурга. Пока можно сделать следующее заключение: область вегетативной нервной системы пока должна принадлежать терапевтам и невропатологам, но надо надеяться, что и хирургия найдет там свое место. А сейчас мы изучаем афферентные пути.

Председ. проф. *Соколовский* считает этот доклад интересным, так как в не́м изложена вся литература по этому вопросу, но он приобретает особый интерес тем, что он исходит из той клиники, где этим вопросом занимались и отчасти увлекались. Теперь докладчик— пришел к пессимистическим выводам. Таких разочарований было много, ибо симпатикоэктомия применялась при различных заболеваниях, но без результата. Все же эта операция еще не сошла с арены. Она имеет свои показания; их только нужно строго ставить.

Д-р Хазанов сделал доклад: *Заболеваемость медперсонала Минского округа по данным страхкассы за 1924-ый год.* (См. „Беларуская Мэдычная Думка", т. II, № 1-2, стр. 61).

Прения. Д-р Балковец находит, что приведенная докладчиком цифра заболеваемости врачей страдает неточностью. Оппонент на собранном им материале нашел гораздо высшую цифру, но это об'ясняется тем, что врачи, как правильно докладчик указал, только при серьезном заболевании обращаются за отпуском.

Проф. Каминский из ценной и кропотливой работы докладчика делает тот вывод, что меньше всего оберегает свое здоровье медперсонал, который вправе ожидать более внимательного отношения к себе со стороны охраны труда. К. в частности указывает на антигигиенические условия, к которых работают фармацевты, на непосильный труд санитарок и т. п.

Проф. Кроль отмечает общественный и научный интерес доклада.

Д-р Флекель считает выводы докладчика необоснованными, так пак они базируются на обращаемости, а не на заболеваемости медкерсонала.

Докладчик на все сделанные замечания отвечает, что он не задавался целью изучать профвредность медперсонала, что материал его носит характер ориентировочный и что доклад его должен служить призывом к врачам, так как они мало интересуются этим вопросом.

XX заседание (13-го декабря).

Собрание почтило память вставанием умершего участкового врача в Горках тов. Шацова.

1. *Д-р Дворжец* сделал доклад: *Глаукома при отложении меди в глазу.* Chalkosis глазного яблока вызывает определенные изменения в глазу, о которых докладчик сообщил в прошлом году в обществе врачей. Но присутствие в глазу солей меди дает еще тяжелое осложнение в виде глаукомы. В литературе описаны всего 3 случая. Докладчик приводит свой, четвертый случай, где после ранения осколком снаряда в левом глазу через несколько лет появились типичные симптомы при Chalkosis и кроме того все явления глаукомы. Докладчик еще остановился на патогенезе данного случая.

В прениях д-р *Павлова-Каминская* указала, что данный случай служит подтверждением новой теории о происхождении глаукомы.

2. *Д-р Н. Паутов* сделал сообщение: *О консервативной резекции носовой перегородки.* До сих пор общепринятым был Killian'овский способ радикального иссечения скелета носовой перегородки, а теперь в ринологии отмечается стремление к консерватизму, проводимому школой Воячека. Типы консервативных операций, иллюстрированные докладчиком на схемах и препаратах, следующие: 1) Циркулярная резекция, 2) консервативная редрессация и 3) т. наз. мобилизация перегородки. Показанием к консервативному оперированию служит отрофический ринит, а противопоказанием—гипертрофический ринит и детский возраст.

Проф. Бурак, упомянув о других оперативных способах, применяемых на носовой перегородке, высказался в том смысле, что метод Воячека безусловно имеет будущее.

XXI заседание (27-го декабря).

1. *Д-р Габрилович*: *Взаимоотношения между соматическими заболеваниями и психикой и профилактика расстройств последней.* Соматические процессы, наравне с психической деятельностью, представляют собою проявления особенной жизненной силы—биологической энергии, которая совершенно самостоятельна, не тожественна с физиологическим и химическим процессами, но руководит ими. Связь телесных и душевных явлений ясна сама собой. С одной стороны—психические расстройства бывают при всевозможных инфекционных заболеваниях, при различных отравлениях и при заболеваниях различных органов, эндокринных желез и т. п., а с другой стороны—почти все душевные болезни вызывают целый ряд соматических расстройств. При лечении больных следует обращать особое внимание на их психику.

Д-р Рубинчик не согласен с устаревшим взглядом докладчика на жизненную энергию; от теории витализма надо отказаться.

Д-р Гольдблат считает основным дефектом доклада то, что в нем затронуто слишком много вопросов, каждый из которых мог-бы служить отдельной темой для доклада.

Докладчик: Жизнь не может быть об'яснима одними физико-химическими процессами. Повидимому, существует еще какая-то жизненная сила, существует еще нечто, руководящее всеми этими процессами; пусть это называется витализмом или чем-нибудь другим, но без этой силы жизнь невозможна.

2. *Д-р Флекель*: *К казуистике болезни Банти.*

Изложив литературу этого вопроса, докладчик сообщил о наблюдавшемся им в клинике проф. Мелких случае доброкачественной спленомегалии у 18-летней, несколько инфантильной девушки, у кото-

рой эта болезнь обнаружена врачами с 2-летнего возраста. В последнее время припадки резких болей в правом подреберьи при нормальной t° без желтухи. Проф. Рубашевым произведена спленэктомия. После операции увеличение гемоглобина. На 14-й день больная выписалась. На основании результатов исследования крови, мочи, разных реакций, микроскопических препаратов и микрофотограмм и гистологических изменений, докладчик пришел к заключению, что клинический симптомокомплекс более или менее сходен с болезнью Банти.

Прения. Докладчик ответил на целый ряд предложенных ему вопросов, а проф. *Соколовский* сообщил об одном случае болезни Банти из Саратовской клиники, где также отмечен был инфантилизм больной, и д-р *Перельман* привел случай удаления селезенки д-ром Клумовым у девушки тоже инфантильной. У больной, отсутствовавшее прежде, Menstrua после операции появились.

В добавление к докладу проф. *Мелких* коснулся вопроса о помощи, которую нужно было оказать больной. Операция показана при трех формах спленомегалии, а именно: при спленомегалическом циррозе, при гемолитической желтухе и при болезни Банти. Этиология припадков не могла быть выяснена. Cholelithiasis надо было исключить в виду нормальной температуры.

Председ. проф. Рубашев еще отметил взгляд многих авторов на связь между болезнью Банти и сифилисом и о близости этой болезни со спленомегалическим циррозом и с гемолитической желтухой. В заключение он выразил благодарность докладчику за его сообщение, которое выделялось своим построением, изложением, постановкой всех вопросов и в особенности дифференциальной диагностики.

XXII заседание (3-го января 1926 г.)

1. *Д-р Сорока* демонстрировал удаленную в фак. хир. клинике оперативным путем пионефритическую почку с камнями. 5 стаканов гною. Отмечена редкость почечных камней в Белоруссии. В прениях *д-р Эпштейн* оспаривал этот взгляд, полагая, что не все больные с почечными камнями попадают к хирургам: они излечиваются у терапевтов минеральными водами. *Проф. Рубашев* указывает на работу Левшина, который 25 лет тому назад отметил, что в Финляндии почечные камни вовсе не встречаются, а в Белоруссии—крайне редко.

2. *Д-р Розенталь* сообщил о *случае проказы* (из кожно-венерической клиники). (См. „Белар. Мэдычная Думка", т. II, № 4—6, стр. 94). Демонстрация фотографий и гистологических препаратов.

3. *Д-ра Перельман и Бабук: К клинике прободных язв желудка и 12-перстной кишки.* В литературе имеется большой материал по этому вопросу. Докладчики делают попытку критически подойти к нему на основании собственного материала (12 случаев). Диагностика прободных язв, легкая в первые часы после прободения, делается более трудной при более позднем поступлении больного. Развивающийся к этому времени перитонит может подать повод к подозрению на аппендицит. Ранняя операция обеспечивает лучший исход. Печальные исходы при последней об'ясняются общим состоянием больного, вирулентностью и степенью инфекции и методом применяемой операции. Наиболее простым методом является обшивание язвы с прибавлением G. E. или без такового, где нет сужения привратника.

Доклад вызвал оживленные *прения*, в которых высказались: *Рубинчик, Цыпкин, Бабук, Тургель, Эпштейн и проф. Рубашев.* Преимущественно разбирались вопросы о дифференциальной диагностике между прободной язвой желудка и аппендицитом и о методе вмешательства.

XXIII заседание (10-го января 1926 г.).

1. *Д-р Тургель* демонстрировал больного с алейкемическим лимфаденозом. Диагноз поставлен им на основании картины крови и изменений желез: малое увеличение поверхностно расположенных желез и резкое увеличение желез брюшной полости, где они прощупываются сквозь покровы. Рентгено-терапия дала только временное улучшение.

Выступавшие в прениях проф. *Мелких*, д-ра *Канторович* и *Нейфах* выразили мнение о возможности в данном случае туберкулезного поражения желез в виду того, что одна большая подмышечная железа существует много лет и в мокроте больного находятся туберкулезные палочки.

2. *Д-р Соломин*: *Случай импетигонефрита у взрослого.*

Изложена история болезни. Связь между заболеваниями кожи и почек. Редкость осложнения импетигонефритом. Литература по данному вопросу. Вывод: при кожных заболеваниях следует внимательно следить за почками.

В прениях участвовали проф. *Мелких*, *Рубинчик* и *Канторович*.

3. *Д-р Савельзон*: *Случай саркомы сердца.* Докладчица познакомила собрание с литературой этого редкого заболевания и подробно описала вскрытый ею случай.

Проф. Мелких отметил интерес данного случая с патолого-анатомической точки зрения и трудность клинической диагностики данного случая.

М. Поляк.

Рефераты.

Бернгард Фишер—„Витализм и патология“. *Перевод с немецкого под редакцией В. А. Обуха. Издание Мосздравотдела. Москва 1926.*

Бытье определяет сознание, а профессия врача такова, что естественно отклоняет мировоззрение последнего от путей идеалистической философии. Отклонить дух как самодовлеющий фактор еще не значит, однако, стать на путь материализма. Здесь надо преодолеть еще позитивизм—„стыдливый материализм“ по меткому выражению Ленина. В своей книге Фишер, исследуя основные проблемы учения о новообразованиях, дает бой виталистам, утверждая в противовес им полную законность механистического понимания проблем жизни. Изложена книга Фишера довольно тяжело, хотя отдельные ее главы, как глава о целесообразности, единстве и целостности организма и применении витализма в патологии представляют большой интерес. Спорить можно, конечно, о многом, но поставить натур-философский вопрос так, чтобы заинтересовать в нем врача, задача, конечно, трудная. Позиция автора, как увидит читатель, не может считаться вполне устойчивой, „несомненно существует такой склад ума, пишет Фишер, и такое философское направление, для которого идеи витализма вообще неопровержимы, так как с одной стороны нельзя ожидать, чтобы в ближайшее время проблема жизни по самой своей природе могла найти окончательное, исчерпывающее механистическое разрешение, а с другой—проблема качества материи механистическим путем столь же мало разрешима в биологии как в физике и химии“. Нам кажется, однако, что автор в ряде своих суждений не в достаточной мере делен и стоек. Пусть действительно—„неисчерпаемо и бесконечно как пространство и время простирается перед нами море неисследованного“. Мы не Гамлеты, и в том, что уже исследовано, мы хотим все же видеть проявление науки о жизни—биологии, то есть в конечном итоге физики и химии и к ним же должно быть сведено расплывчатое понятие о конституции.

А. Поляк.

Prof. Dr. Morawitz—Болезни крови в условиях врачебной практики. *Медицинское издательство „Врач“ в Берлине, 1926 г.*

В этой книжке всего 64 страницы. В ней совершенно нет таблиц и рисунков. Теории и лаборатории вовсе не уделено места и тем не менее книжка, несомненно, имеет большое значение для врачебной практики, тем более, что русская и переводная гематологическая литература вообще чрезвыйно бедна. Книжка содержит всего 11 глав. В первой очень коротко о методике исследования крови, в восьми последующих описание клинических форм болезней крови. Две последние главы посвящены симптоматическим изменениям в составе крови при разных физиологических и патологических состояниях и при заболеваниях, не являющихся собственно заболеваниями крови в тесном смысле. Книжка, несомненно, найдет широкое распространение.

А. Поляк.

Обсеменение стенки грудной полости при плевральных пункциях. Rixer et Polosson (Lyon).

Авторы обращают внимание на возможность получения абсцессов и др. гнойных процессов в стенке грудной полости, вследствие произведенной пункции плевры. При этом они различают следующие случаи:

1) при серозных или гнойных выпотах туберкулезного характера и 2) нетуберкулезного.

При первых надо различать: 1) плевриты серозные, 2) гнойные, 3) плевриты после искусственного пнеймоторакса.

При серозных плевритах пункции производятся очень часто и обыкновенно не дают никаких неприятных осложнений. Однако авторы наблюдали много случаев, когда долгое время, спустя после пункции, развивается в грудной стенке холодный абсцесс, который никому в голову не приходит считать последствием бывшей некогда пункции. На месте пункции образуется незначительный узелок, обыкновенно на другой день после пункции, и в большинстве случаев рассасывается без следа. Если бы этот узелок исследовать гистологически или при помощи прививки морской свинке, то как утверждают авторы, можно было бы доказать их бациллярную природу.

При гнойных плевритах туберкул. происхождения абсцесс грудной стенки после пункции развивается более быстро и имеет очень серьезный характер. На месте пункции развивается холодный абсцесс, который может привести ко вскрытию грудной полости, что является крайне нежелательным, превращая закрытый туберкулезный процесс в открытый со всеми его фатальными последствиями.

Наконец, при плевритах от искусственного пнеймоторакса—Leon Bernard, Baron и Pissary считают совершенно бесполезным, если не опасным, опорожнять без крайней необходимости плевриты от пнеймоторакса. Обыкновенно считают, что эти плевриты бывают в 60 проц. случаев пнеймоторакса (ныне этот процент нужно считать значительно ниже, вследствие лучшей техники и более основательных показаний). Причины выпота авторы видят не во вмешательстве и его погрешностях, а в самой легочной ткани, и задают вопрос, не является ли этой причиной игла, которая может во время пункции поранить легкое и этим повести к заражению плевры или тканей по ходу иглы.

У больных нетуберкулезных заражение грудной стенки после пункции гнойного плеврита не имеет столь тяжких последствий, однако и здесь отмечены неприятные осложнения. Для предупреждения этих последствий, авторы предлагает следующие меры:

1) возможно более ограничивать количество пункций;

2) где можно—заменять пункцию рентгеноскопией;

3) некоторые советуют производить пункции *спереди*, даже впереди подмышечной линии. Затем—кладут больного на здоровый бок;

4) *Dumarest* лечит „узелки обсеменения“ гелиотерапией;

5) было бы крайне желательно достигнуть асептики иглы перед ее извлечением. С этой целью предложено было вводить в полость иглы горячий проводничек; однако, этот способ болезнен. Лионский проф. *P. Courmont* перед извлечением иглы вспрыскивает несколько грамм Дакэновской или Дюбаровской жидкости.

(Prene Medical № 9 от 30-I—1926 г.).

В. Мирер.

Abbatucci—Распространение туберкулеза в мире и в особенности во французских колониях.

В своей недавно вышедшей книге «L'infection bacillaire chez e'homme et chez les animaux», 1920, проф. Calmette привел цифры, указывающие на распространение туберкулеза у разных человеческих рас. В Европе $^{9}/_{10}$ взрослого населения городов является носителями старой инфекции, которая может оставаться бесконечно долгое время инактивной. Таблица смертности от туберкулеза в разных странах Европы в 1908 году, приводимая автором, такова:

Государства, входящие в международное О-во борьбы с туберкулезом.	Население.	Общая смертность на 100.000 населения.	Смертность от tbc на 10.000.
Германия	62.849.536	180,6	17.6
Англия	35.348.780	147,2	15,9
Австрия	27.900.924	225.0	30,4
Бельгия	7.3~6.444	165,1	13,0
Дания	2.635.000	154,4	17,6
Шотландия	4.826.587	161,3	19.6
Испания	19.712.585	250.2	18,5
Франция	39.196.328	190.0	22,6
Греция (города с числ. жителей более 10.000)	2.631.952	238.3	33,9
Венгрия	20.786.278	244,4	37,0
Ирландия	4.371.455	175,9	25,8
Италия	34 129.304	225.6	16,6
Норвегия	3.221.575	142,9	16,2
Голландия	5.786.232	150,2	16,2
Португалия	5.423.132	226,4	11,8
Румыния (32 города)	6.771.722	258.7	30,9
Швеция (города)	5.377.713	141,1	26.7
Швейцария	3.554.672	162,3	24,1

Смертность увеличивается с увеличением числа жителей в данном городе (Берлин 2,18 на 10.000 при 1,78 для всей Германии; Париж 37,4, 35,3; 34,2 при цифрах—18,2; 17,9; 18,0 для Франции) за Европой по смертности от туберкулеза следует Азия. В больших китайских городах она равна 60 проц. смертности в госпиталях; вообще же в стране смертность от tbc гораздо ниже.

В Южн. Америке, в Австралии смертность от tbc высокая; так, в Буэнос-Айресе и Монтевидео, она выше, чем в Берлине.

У индийцев Сев. Америки она достигает 66 проц. всех смертей. Война резко повысила смертность от tbc, в большей части Европы, особенно в Сербии и Польше. Так, в Варшаве, смертность. от туберкулеза в 1913 г. достигала 207 на 100.000 жителей, а в 1917 г.—733. В Белграде 712 смертей в 1912 году и 1453 в 1917 году. Во Франции большое количество вышедшего в отставку военных, вследствие туберкулеза, доказывает, что эта болезнь особенно прогрессирует под влиянием следующих моментов: переутомление, физическое и моральное, дороговизна жизни, пониженное питание, переполнение городов, казарм, домов заключения и т. д. Женщины, вынужденные заняться усиленным промышленным трудом, наиболее пострадали. Calmette показал, что в Лилле, на 100 кажущихся здоровыми лиц, 89—заражены туберкулезом.

Далее автор переходит к вопросу о распространенности туберкулеза во французских колониях. Проявление этой болезни тем острее и тяжелее, чем „девственнее“ страна, а тем менее тяжелы и протекают более хронически, чем заражение расы более старо и более глу-

боко (т. е. более распространено), что доказывает прогрессивную вакцинацию в инфецированной среде. Война, в связи с наборами черных в Африке, дала интересные наблюдения: Сенегальцы, прибыв во Францию, давали 4—5 проц. реагирования на кожную реакцию. Позже, наоборот, многие из них давали тяжелые проявления, подобные наблюдаемых у детей, т. е. в странах почти девственных от всякого внешнего соприкосновения.

Тяжелые опустошения туберкулез производит в Индии, Гвинее, и т. д. В Новой-Каледонии, ссыльные распространили чрезвычайно эту болезнь. На Мадагаскаре она часта на высоких плоскогорьях и более редка среди прибрежных жителей.

В Кохинхине положительная кожная реакция обнаружена у 67% (как и в Европе). Для борьбы с этой болезнью здесь принимаются следующие меры:

1. Диагностические кабинеты для открытия заболевания.

2. *Гигиеническое воспитание населения*—Пропагандистские брошюры на французском и анамистском языках, которые переводятся местной прессой, раз'ясняются служащими и учителями, сопровождаются картинами, афишами, вывешенными в различных публичных местах, казармах и т. д.

3. Защита подверженных заболеванию детей, для чего в *Холоне* организован муницильный совет для изучения tbc.

4. Госпитализация туберкулезных имеет в виду постройку санаториев.

В Индокитае и Зап. Африке и др. производится вакцинация вакциной BGC Кальметта.

(Prene Medicale, № 9, 30-I—1926).

В. Мирер.

Calmette A., C. Guérin и др. Результаты опытов предохранения новорожденных против туберкулеза вакциной BCG с 1921 по 1926 г.

Статья подводит итоги наблюдений над 5183 новорожденными.

Принципы, установленные Calmetté'ом, сводятся к следующему:

1) Иммунитет против туберкулезной инфекции может быть достигнут лишь насыщением чувствительного организма живыми бациллами. 2) Для того, чтобы служащие для изготовления вакцины бациллы не производили туберкулезных поражений в лимфатич. клетках, необходимо, чтобы они сохраняли свои антигенные свойства и чтоб они наследственно были лишены их свойства образовать бугорки. 3) Иммунизировать можно лишь суб'ектов, заведомо совершенно свободных от предсуществующей туберкулезной инфекции. 4) Это предохранение м. б. осуществлено преимущественно у очень молодых суб'ектов посредством введения per os определенного количества культуры бациллярной, не дающей туберкулов расы, изученной Кальметтом и названной им *BCG*. 5) В странах цивилизованных, где бациллярная инфекция крайне распространена, практически лишь *новорожденные в течение первых 10 дней их* жизни м. б. иммунизированы.

Данные о 5183 новорожденных, подвергнутых вакцинации, собраны по всей Франции, из них 1317 прослежены от 6 до 18 месяцев и м. б. сравнимы с детьми до 1 года невакцинированными. Смертность последних равна 25 проц.- 32,6 проц. (среди детей, не находящихся под наблюдением институтов Социал. Гигиены, смертность еще выше—80 проц.). В Стокгольме в педиатрической клинике—70 проц. детей от туберкулезных матерей умирают до года.

Среди 1317 детей—586 находились в контакте с зараженными —всего было 106 смертей, из которых 96 (7,2 проц.) умерли от *не туберкулезных* заболеваний; 11—(0,7 проц.) от туберкул. (предположительно). Автор приходит к заключению, что, повидимому, BCG дает возможность иммунизировать 93 проц. детей, которые в противном случае фатально обречены на смерть от туберкулеза в течение первого года их жизни.

Автор приводит также сведения, доставленные ему из Бельгии, Индокитая, французской Западной Африки. Эксперименты на животных показали, что состояние иммунитета может продолжаться от 15 до 18 месяцев. Кроме того, приводятся некоторые наблюдения над обезьянами.

На основании своего 5 летнего опыта автор считает, что вакцина BCG совершенно безвредна и не дает никаких побочных осложнений, и потому рекомендует принять этот метод иммунизации, особенно в семьях, где новорожденные приходят в соприкосновение с бациллоносителями.

(Prene Madicale, № 16, 24-II—1926).

В. Мирер.

Прив.-доц. J. Bauer (Вена). Практические выводы из учения о наследственности. *Перевод с немецкого д-ра Олендзкой. Издательство „Практическая Медицина“ 1926 г.*

Не подлежит никакому сомнению, что болезненная конституция, передающаяся по наследству, в конечном итоге сводится к известной „патологии хромозом“. Не подлежит сомнению и то, что ряд конституциональных заболеваний или склонность к ним (диабет, гемофилия, гемолитическая желтуха и быть может язва желудка) имеют тенденцию передаваться по наследству из поколения в поколение, подчиняясь определенным законам. Законы эти несомненно суть законы Менделя, вернее тождественны им, но они необыкновенно сложны для человека и почти не изучены в применении к нему, т. к. метод экспериментального скрещивания конечно не мог быть здесь применен. И тем не менее проблема оказывается весьма заманчивой не для одних биологов, но и для врачей, могущих сделать из нее практические выводы в отношении диагностики, личной и общественной профилактики (евгеника!) и даже рациональной терапиии. Из клинических примеров, приводимых Бауэром, интересна форма семейной спленомегалии, протекающая под видом компенсированной гемолитической желтухи, основа которой, по мнению автора, лежит в доминирующих, по Менделю, „генах“ или „комплексе генов“.

Книга весьма интересна. Единственное, что делает ее мало популярной,—трудность терминологии.

А. Поляк.

Проф. F. Umber—Болезни почек (к вопросу о патологии и терапии их). *Перевод с немецкого д-ра Фрумера. Издательство „Практическая Медицина“ 1926 г.*

Книжка представляет из себя результаты клинического наблюдения над 3 000 почечных больных, произведенного под углом зрения, установленного работами Vohlard'a и Fahr'a. С точки зрения автора нам очень редко приходится иметь дело с чистой формой нефрита или нефроза (особенно нефроза); почти всегда речь идет только о преобладании той или иной формы. Чистых нефрозов Umber наблюдал только 16 на материале в 3.000 больных почками. Альбуминурия

говорит только за то, что на почки следует обратить внимание. Степенч же альбуминурии ни в коем случае не является мерилом тяжести заболевания. Так называемый neuroretiritis albuminurica на самом деле ничего общего не имеет ни с альбуминурией, ни с почечным страданием как таковым, а представляет лишь частичное явление общего повреждения сосудов. Останавливаясь на методах функциональной диагностики почек автор, кроме обычных методов, рекомендует определять количество индикана в крови, которое у больных с почечной недостаточностью может превышать норму даже в 100 раз. Как особая клиническая форма выделяется „безводяночный подагрический нефроз". Особенно хорошо изложена глава, посвященная терапии. „Нигде, говорит Umber, и теперь еще не царит такой схематизм, как в деле лечения почечных заболеваний. Нигде он более неуместен, чем здесь и тем не менее не один больной получил серьезный вред или испытал ненужные муки от шаблонных—„молочной диэты", „бессольной диэты", „питья минеральных вод и т. п., а между тем почки являются столь тонким регуляторным аппаратом в человеческом организме".

А. Поляк.

D-r Richard Scheerer. Akuter Zerfall des retinalen Pignentepithels nach intravenoser Injection von Septojod im Wochenbett. *Monatsbl. Für Augenheilk. April 1926.*

Sch. описывает случай острого распада пигментного эпителия сечатки с понижением остроты зрения до движения руки в $^1/_2$-$^3/_4$ метра и с центральной скоромой у женщины после внутривенозного вливания 100 куб. см. Septojod, по поводу внезапного повышения температуры на четвертый день после искусственных преждевременных родов на почве Plac. praevia.

Во время родов больная получила 2 кратковременных хлороформенных наркоза и потеряла 1.000 гр. крови. После вливания Septojod'a температура пала, но больная начала жаловаться, что зрение у нее ухудшается и что все ей кажется серым.

При первом осмотре—офтаальмоскопически—без особенностей, цветов не различает, газету читает с трудом; спустя 2 недели—все дно как бы усеяно грубо размельченным кофе, папиллы и прилегающие части сечатки слегка завуалированы.

В виду применения без вреда Septojod'a во многих случаях, у автора первоначально до экспериментальной проверки не было достаточно оснований приписать заболевание Septojod'y, но в № 14 с. г. M. M. Woch. опубликовано сообщение Schimmel'a и Richma'a о том, что экспериментально вызвана Septojod'om дегенерация невроэпителиального и пигментного слоев сечатки у кроликов. Так как дегенерация всегда получалась при употреблении 2,5—5,0 куб. см. Septojod'a на килограмм веса тела кролика, упомянутые авторы не советуют вспрыскивать более 1,5 к. сантим. Septojod'a на Kgr. веса тела. В случае Sch. максимальная доза не была превзойдена, но, повидимому, хлороформ и сильная потеря крови содействовали. Местом поражения Septojod'a автор считает печень (питание пигментн. эпит. сечатки стоит в связи с функцией печени).

Д-р Д. Кантор.

D-r Maria Rosenstein. Geheiltes Syphilom des Ziliarkôrpers bei akquirierter und bei kongenitaler Lues und eiterige Iridozyelitis bei kongenitaler Lues mit positiwem Spirochetenbefund. *Monatsbl Für Augenheilk. Mai 1926.*

В своей статье Р. сообщает о 2-х успешно леченных случаях сифиломы цилиарного тела и об одном случае сифилитического иридо-

циклита. 1-й случай касается сифиломы левого глаза мужчины 28 лет, заразившегося 2 года тому назад сифилисом и не подвергавшегося лечению; 2-й случай 16-летней девочки, отец которой за 2 года до рождения последней заразился сифилисом и не подвергался специальному лечению. У девушки, кроме сифиломы левого глаза, имелся также паренхиматозный кератит на обоих глазах. В обоих случаях Вассермановская реакция была положительной (4 и 3 креста) и в пунктате обнаружены многочисленные спирахеты. Лечение в первом случае—10 неосальварсан (2 по 0,15, 2 по 0,30, 2 по 0,45 и 4 по 0,6)+Cyarsal и 20 Mirion по 5 куб. сантим. внутримышечно; во 2-м случае 8 неосальварсан (2 по 0,15, 2 по 0,3 и 4 по 0,45)+Cyarsal и 15 Mirion по 5 куб. см.

Случай с гнойным иридоциклитом касается ребенка $3^1/_2$ мес., отец коего 8 лет тому назад заразился сифилисом и не лечился. Вассермановская реакция как у ребенка, так и у отца 4 креста. У ребенка сверх того катарр верхушек легких. Спирахеты были обнаружены лишь во 2-м пунктате передней камеры. Сделанные автором выводы на основании обсуждения своих случаев и сравнения их с раннее опубликованными в частности с 12 случ., опубликованными за сальварсановую эру (1912—1925 г.), сводится к следующему:

Во 1-х, исчезновение и излечение сифиломы глаза при своевременной антилюэтической терапии возможно—из 12 случ. сальварсановой эры 10 окончились выздоровлением—и, следовательно, прогноз, данный Evetzky'm, Igersheimer'om и Groenouw, а именно, что 60 проц. глаз, пораженных сифиломом, погибают, может быть заменен более благоприятным; во 2-х, в пунктате сифиломы так и эксудата передней камеры при люэтическом иридоциклите удается обнаружить спирахеты и в 3-х, в виду трудности дифференциальной диагностики между туберкулезным и люэтическим иридоциклитом и также между туберкулезным новообразованием или сифиломой ресничного тела, следует всегда исследовать пунктат на присутствие спирахет, произведя 2-3 пункции в случаях отрицательного результата.

Д-р Д. Кантор.

D-r H. B. Kranz Jsolirte einseitige Lähmung des Sphintker iridis bei Lues congenita. *Monatsbl. augenh. Mai 1926.*

К. сообщает о 2-х случаях одностороннего паралича сфинктора глаза у лиц с врожденным люэсом. 1-й случай касается 15 летнего мальчика, у которого в течение последних 4-х м-цев замечено, что правый зрачек шире левого. 2-й случай касается 30-ти летней больной, у которой с раннего детства правый зрачек шире левого; у указанной больной сверх того имеется седлообразный нос и многочисленные облитирированные паренхиматозные сосуды на обоих роговицах. В обоих случаях на правом глазу отсутствовала прямая и консенсуальная реакция зрачка и его сокращение при ковергенции. Сокращение зрачка при смыкании век нельзя было обнаружить. Аккомодация правого глаза в обоих случаях была вполне интактна. Реакция зрачков левых глаз без особенностей. Вассерман в обоих случаях был первоначально отрицательный, после провокационной дозы неосальварсана в 0,15 и 0,075 реакция Вассермана стала положительной.

Д-р Д. Кантор.

С'езды, совещания и конференции.

21-го марта сего года состоялось в Ленинграде 1-ое заседание Центрального Организационного Бюро III-го Всесоюзного С'езда по борьбе с венерическими болезнями, в котором приняли участие представители Наркомздрава РСФСР, УССР и Белоруссии. На этом совещании был избран Центральный Организационный комитет в следующем составе:

Президиум—проф. Броннер, д-р А. М. Брамсон, д-р Федоровский (Харьков), секретари: д-ра Россиянский, Павлов и Маркон и члены от Москвы: Рудницкий, Мещерский, Эфрон, Иордан, Финкельштейн, от Ленинграда проф. Павлов, проф. Сахновская, проф. Штейн, проф. Великанов, доцент Подвысоцкая, д-ра Ван-Гоут и Воронов, от Харькова проф. Соболев, от Киева—проф. Лурье и Тыжненко, от Одессы—Яковлев и Хорошин, от Ростова-на Дону—Никольский и от Белоруссии—Дехтяр.

Совещанием намечены следующие программные темы:

1. Венерические болезни в городе и борьба с ними.
2. Сифилис на селе и борьба с ним.
3. Врожденный сифилис и его профилактика.
4. Сифилис и конституция.
5. Побочные действия арсенобензольных препаратов.
6. Дерматомикосы и борьба с ним.

Кроме того, намечены в качестве внепрограммных докладов:

1. Реактивность кожи и ее значение в патологии дерматозов.
2. Профессиональные дерматозы.

По всем названным темам уже поступили заявки на 34 доклада.

Предположено С'езд созвать в конце мая или в начале июня 1927 года.

Намечено издание бюллетеня и трудов С'езда. Будет организована выставка, для разработки коей выделена особая комиссия.

Особое внимание будет уделено общественной борьбе с венерическими болезнями с санитарно-просветительной частью. Если представится возможность к выставке будут привлечены заграничные фирмы при посредстве Внешторга. Ожидается прибытие на С'езд некоторых видных иностранных ученых, уже выразивших желание участвовать в работах С'езда.

Следующее заседание Организационного Комитета С'езда назначено на декабрь 1926 года.

Адрес для писем и справок—Ленинград, Губздравотдел, комната 54, д-ру А. М. Брамсону.

Обращение ко всем научным учреждениям, обществам и врачам Поволжья.

Научное обоснование советского здравоохранения, повышение квалификации практического врача, создание постоянного контакта между научной и практической медициной, укрепление участковой сети—являются современными вопросами общественно-врачебной жизни. Необходимо коллективное творчество и неотложна коллективная мысль в изучении и разрешении этих вопросов. *Научная ассоциация* врачей при губернском отделе союза Медсантруд и *президиум медицинского факультета государственного университета*, учтя пожелание делегатов 1-го Поволжского с'езда врачей в 1923 году о созыве 2-го *Поволжского с'езда врачей* в г. Саратове, взяли на себя труд созвать этот научный с'езд врачей в мае месяце 1927 г. в г. Саратове. На предстоящем с'езде должен быть выявлен наравне с научными достижениями теоретической медицины и богатый накопленный опыт практической медицины. Участие работников научных учреждений и практических врачей должно считаться необходимым условием благотворной деятельности с'езда. Особенно в работах с'езда должно проявиться участие участкового врача, где он должен выявить свое наблюдения и запросы; с'езд для него должен быть кафедрой, которая передает знания и опыты, и с которой он делится своими достижениями и наблюдениями. С'езд должен протекать под ярко выраженным уклоном изучения социально—патологических моментов в этиологии болезни и указания важности профилактических мероприятий в деле лечения. Для организационной работы по созыву *2-го научного Поволжского с'езда врачей создан организационный комитет* из следующих лиц:

Профессор *Арнольдов В. А.*, доцент *Бруханский Б. П.*, проф. *Григорьев П. С.*, д-р *Грязнов*, д-р *Динес С. А.*, д-р *Дмитриев П. А.*, д-р *Иваницкий-Василенко Е. С.*, проф. *Какушкин Н. М.*, проф. *Кушев Н. Е.*, т. *Коган И. А.*, профессор *Миротворцев С. Р.*, д-р *Мукосеев Л. А.*, проф. *Никоноров С. М.*, д-р *Немсадзе Г. С.*, проф. *Райский М. И.*, д-р *Рабинович И. М.*, д-р *Тиллес Б. В.*, д-р *Флоренсов Ф. К.*, профессор *Цитович Ф. М* и д-р *Эдельман В. Я.*

Предполагаемая схема работы С'езда—об'единенные заседания и ряд отдельных научных секций. Для суммирования материалов по выработке программных вопросов С'езда избраны следующие лица:

1. Терапевтическая Секция: Председатель—проф. *Кушев Н. Е.*, Тов.-председ.—проф. *Китаев Ф. Я.*
2. Хирургическая Секция: Председатель—проф. *Разумовский В. И.*, Тов.-председ.—проф. *Миротворцев С. Р.*
3. Акушерско-Гинекологическая Секция: Председатель—проф. *Груздев В. С.*, Тов.-председ.—проф. *Какушкин Н. М.*
4. Педиатрическая Секция: Председатель—проф. *Быстренин И. Н.*, Тов.-председ.—доцент *Бруханский Б. П.*
5. Венерологическая Секция: Председатель—проф. *Григорьев П. С.*, Тов.-председ.—д-р *Ужанский Г. В.*
6. Глазная Секция: Председатель—проф. *Юдин К. А.*, Тов.-председателя—д-р *Максимович Н. И.*
7. Секция болезней уха, носа, горла и полости рта: Председатель—проф. *Цитович М. Ф.*
8. Психо-неврологическая Секция: Председатель—профессор *Осокин Н. Е.*, Тов. председ.—проф. *Кутанин М. П.*

9. Секция гигиены и санитарии: Председатель—проф. *Арнольдов В. А.*, Товарищи-председателя—доктора: *Сухостав И. К.* и *Лапидус Г. А.*

10. Секция теоретической и экспериментальной медицины: Председатель—проф. *Богомолец А. А.*, Товарищи председателя—доктора: *Моногенов С. А.* и *Иваницкий-Василенко Е. С.*

11. Секция микробиологии и эпидемиологии: Председатель—профессор *Никоноров С. М.*, Тов.-председ.—д-р *Герман С. Г.*

12. Секция судебной медицины и врачебной экспертизы: Председатель проф. *Райский М. И.*, Тов.-председ.—д-р *Сапожников.*

Организационный Комитет обращается с просьбой ко всем Научным Учреждениям, Обществам, Отделам Здравоохранения, а также ко всем врачам Поволжья принять участие в работах *2-го Поволжского С'езда врачей.* Вместе с тем *Организационный Комитет* просит тов. врачей указать, какие вопросы должны получить освещение на данном с'езде. Все эти указания будут приняты во внимание при окончательном выборе программных вопросов с'езда, о которых будет сообщено дополнительно в октябре месяце текущего года.

Всю корреспонденцию по вопросам *2-го Поволжского С'езда врачей* следует направлять по адресу: *г. Саратов, Вольская уг. Республики, Губотдел Союза Медсантруд, для научной ассоциации врачей.*

Председатель Организационного Комитета—профессор *Миротворцев С. Р.*

Товарищ-председателя—профессор *Никоноров С. М.*

Члены Президиума: проф. *Григорьев П. С.*, проф. *Цитович М. Ф* проф. *Кушев Н. Е.*, д-р *Мукосеев Л. А.*, д-р *Динес С. А.*, д-р *Рабинович И. М.*, д-р *Тиллес Б. В.* и д-р *Иваницкий-Василенко Е. С.*

Секретарь д-р *Бунимович С. Д.*

ОГЛАВЛЕНИЕ.

Стр.




B000000 1860571